

KOSTEN UND FINANZIERUNG
DER
KRANKENHAUSLEISTUNGEN

Ein Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung
der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland

Dissertation
vorgelegt der
Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät
der
Johannes Gutenberg-Universität in Mainz
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Staatswissenschaften
(Dr. rer. pol.)

von
Dipl.-Volkswirt Dipl.-Handelslehrer
JOACHIM BAUMGARTEN

1972

KOSTEN UND FINANZIERUNG
DER
KRANKENHAUSLEISTUNGEN

Ein Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung
der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland

D i s s e r t a t i o n
vorgelegt der
Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät
der
Johannes Gutenberg-Universität in Mainz
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Staatswissenschaften
(Dr. rer. pol.)

von
Dipl.-Volkswirt Dipl.-Handelslehrer
JOACHIM BAUMGARTEN



Erstberichterstatter : Prof. Dr. Antonio Montaner
Zweitberichterstatter : Prof. Dr. Francesca Schinzinger
Tag der mündlichen Prüfung: 14. Juli 1972

Vorwort

Wegen der Fülle der Probleme, die sich im Zusammenhang mit dem Komplex "Krankenhäuser und Wirtschaft" ergeben, war für die vorliegende Arbeit eine Beschränkung in der Thematik unumgänglich. Der Schwerpunkt der Untersuchungen wurde deshalb auf die Kosten- und Finanzierungsfragen der stationären Versorgung in Akutkrankenhäusern gelegt, da die Lösung dieser Fragen besonders vordringlich ist. Sonderkrankenhäuser, die in der Regel nur Patienten bestimmter Erkrankungen oder bestimmter Altersstufen aufnehmen, wurden nur bedingt berücksichtigt, da die Kosten dieser Krankenhäuser im allgemeinen wesentlich geringer sind als die Kosten von Akutkrankenhäusern und die Deckung der Kosten von Sonderkrankenhäusern vielfach durch überregionale Träger gewährleistet ist. Universitätskliniken wurden in die nachfolgenden Untersuchungen ebenfalls nur bedingt einbezogen, da auch sie - im wesentlichen durch das Hochschulbauförderungsgesetz - finanziell weitgehend abgesichert sind.

Seit Erlaß der von allen Beteiligten mehr und mehr als unzureichend empfundenen Bundespflegesatz-Verordnung (Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954, Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954) sind immer wieder Versuche unternommen worden, den Krankenhäusern in der BRD eine umfassende und dauerhafte wirtschaftliche Grundlage zu schaffen. Diese Bemühungen haben schließlich zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundestagsdrucksache VI/1874) geführt. Dieser Entwurf wurde in der vorliegenden Arbeit im Zusammenhang mit den Erörterungen zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung berücksichtigt, da bei Fertigstellung der Arbeit die Ergebnisse der Ausschlußberatungen und die endgültige Beschlußfassung des Plenums des Deutschen Bundestages noch ausstanden.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort

III

<u>1. Grundlegung</u>	1
1.1. Begriffsbestimmungen und Erläuterungen	1
1.1.1. Das Krankenhaus	1
1.1.2. Krankenhausbetten und Bettenbedarf	2
1.1.3. Arten und Formen des Krankenhausbetriebes	4
1.2. Die Notwendigkeit einer wirtschaftlichen Betrachtung von Krankenhäusern	9
1.2.1. Der Zusammenhang zwischen Gesundheits-, Wirtschafts- und Sozialpolitik	11
1.2.2. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser	13
1.3. Hauptprobleme des Krankenhauswesens	17
1.3.1. Schaffung eines bedarfs- und fachgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser	17
1.3.2. Personalprobleme	20
1.3.3. Kosten und Kostendeckung	22
<u>2. Die Leistungen der Krankenhäuser</u>	24
2.1. Die Motive zur Erstellung von Krankenhausleistungen	24
2.2. Das Zielsystem der Krankenhäuser	24
2.2.1. Haupt- oder Oberziel	25
2.2.2. Zwischen- oder Unterziele	25
2.2.3. Nebenziele	27
2.2.4. Der Wandel in der Zielsetzung	28
2.3. Der "Markt" für Krankenhausleistungen	30
2.3.1. Krankenhäuser als Dienstleistungsbetriebe	30
2.3.2. Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen	33
2.3.2.1. Träger der Nachfrage	35
2.3.2.2. Determinanten der Nachfrage	35
2.3.2.3. Qualität und Quantität der Nachfrage	38
2.3.3. Das Angebot an Krankenhausleistungen	41
2.3.3.1. Träger des Angebots	42
2.3.3.2. Determinanten des Angebots	44
2.3.3.3. Qualität und Quantität des Angebots	45
2.3.4. Konsequenzen aus der Unvollkommenheit des Marktes für Krankenhausleistungen	46

3. <u>Die Kosten der Krankenhäuser</u>	48
3.1. Der Kostenbegriff im Krankenhaus	48
3.1.1. Betriebliche Kosten	49
3.1.1.1. Fixe und variable Kosten	52
3.1.1.2. Vorhaltungs- und Benutzungs-, Investitions- und Betriebskosten	54
3.1.2. Volkswirtschaftliche Kosten	58
3.2. Die Kostenrechnung im Krankenhaus	58
3.2.1. Die Betriebsabrechnung	59
3.2.1.1. Die Kostenartenrechnung	59
3.2.1.2. Die Kostenstellenrechnung	60
3.2.2. Die Selbstkostenrechnung	62
3.2.2.1. Die Krankenhaus-Selbstkosten	62
3.2.2.2. Kalkulationsverfahren	65
3.2.2.3. Kalkulationskonzeptionen	67
3.3. Der Kostenverlauf im Krankenhaus, Beeinflussungs- möglichkeiten und Entwicklungstendenzen	69
3.3.1. Kostenbestimmungsfaktoren und Kostenverlauf	69
3.3.2. Möglichkeiten der Kostenbeeinflussung	80
3.3.3. Die Entwicklung der Krankenhauskosten	92
4. <u>Die Finanzierung der Krankenhäuser</u>	98
4.1. Krankenhausfinanzierung und Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung	99
4.1.1. Die Krankenhausfinanzierung im Rahmen einer gesamtwirtschaftlichen Präferenzfunktion	99
4.1.2. Individuelle und gesellschaftspolitische Aspekte der Krankenhausfinanzierung	102
4.2. Darstellung und Kritik unterschiedlicher Formen der Krankenhausfinanzierung	103
4.2.1. Die heutige Form	105
4.2.2. Das staatlich finanzierte Krankenhauswesen	109
4.2.3. Die marktwirtschaftliche Lösung - Vollkostendeckende Pflegesätze	113
4.2.3.1. Die reine marktwirtschaftliche Lösung	114
4.2.3.2. Die modifizierte marktwirtschaft- liche Lösung	116

4.2.4. Die sozialpolitische Lösung - Teilkostendeckende Pflegesätze	124
4.2.4.1. Der zweigeteilte Pflegesatz - Das Krankenhausfinanzierungs- gesetz (E-KHG)	126
4.2.4.1.1. Rechtliche Grundlagen	127
4.2.4.1.2. Grundkonzeption	129
4.2.4.1.3. Kritische Würdigung	130
4.2.4.1.4. Modifizierungsvorschlag zum E-KHG	148
4.2.4.2. Der dreigeteilte Pflegesatz	150
4.3. Ausgewählte Probleme im Zusammenhang mit unter- schiedlichen Finanzierungsformen	153
4.3.1. Das klassenlose Krankenhaus	154
4.3.2. Der degressive Pflegesatz	162
4.3.3. Die Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung	166
5. <u>Kosten-Nutzen-Analyse im Krankenhauswesen</u>	171
6. <u>Zusammenfassung und Ausblick</u>	178
<u>Anhang</u>	185
Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Kranken- anstalten (Bundespfllegesatz-Verordnung)	187
Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze -KHG-	191
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	199
Literaturverzeichnis	200



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554425_0048

1. Grundlegung

1.1. Begriffsbestimmungen und Erläuterungen

Da die im Krankenhauswesen verwendeten Bezeichnungen teilweise so unterschiedlichen Bereichen wie etwa der Medizin, der Soziologie, der Technik oder der Betriebswirtschaftslehre entstammen, treten bei der Bearbeitung von Krankenhausproblemen oft Schwierigkeiten durch Unklarheit und Uneinigkeit in der Terminologie auf¹⁾. Eine Klärung und Festlegung der in dieser Arbeit verwandten Begriffe ist daher erforderlich.

1.1.1. Das Krankenhaus

Nach § 1 Abs. 1 Ziff. 1 der Bundespflegesatz-Verordnung²⁾ sind Krankenhäuser³⁾ "Anstalten, in denen Kranke untergebracht und gepflegt werden und in denen durch ärztliche Hilfeleistung erstrebt wird, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern". Außerdem fallen gemäß § 1 Abs. 1 Ziff. 2 dieser Verordnung die Entbindungsanstalten unter den Begriff der Krankenhäuser; sie sind in der Bundespflegesatz-Verordnung gesondert aufgeführt, weil eine Entbindung im versicherungsrechtlichen Sinn keine Krankheit ist.

-
- 1) Zur Uneinheitlichkeit der Krankenhausterminologie vgl. Winkler, Manfred: Der Begriff des Krankenhauses in der Rechtsordnung, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 49. Jg., Frankfurt/Main 1969, S. 49 ff.
- 2) Vgl. Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954, Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954 (im folgenden zitiert als Bundespflegesatz-Verordnung) sowie Runderlaß betreffend Durchführung der Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954, Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954. Siehe Anhang S. 187 ff.
- 3) Von den beiden synonymen Begriffen Krankenanstalt und Krankenhaus wird im folgenden vom Verfasser nur der Begriff Krankenhaus verwandt.

Diese Definition der Krankenhäuser soll hier aufgrund der wachsenden Bedeutung der Präventivmedizin und im Hinblick auf die sog. Tag- und Nachtkliniken (semistationäre Krankenhausversorgung) wie folgt modifiziert werden:

Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Versorgung erstrebt wird, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden zu verhüten, festzustellen, zu heilen oder zu lindern oder in denen Geburtshilfe geleistet wird, wobei in allen Fällen den zu versorgenden Personen Unterkunft und Verpflegung gewährt werden kann.

1.1.2. Krankenhausbetten und Bettenbedarf

Die Gesamtheit aller in einem Krankenhaus aufgestellten Betten¹⁾ läßt sich in Planbetten (planmäßige Betten) und in Zusatzbetten (zusätzliche oder außerplanmäßige Betten) unterteilen. Planbetten sind solche Betten, die den Richtlinien für den Bau und die Einrichtung von Krankenhäusern oder sonstigen Regelungen des Sitzlandes entsprechen²⁾. Zusatzbetten dagegen werden in der Regel nur für kurze Zeit zur Deckung eines außergewöhnlichen Überbedarfs, etwa bei Epidemien oder Naturkatastrophen, aufgestellt. Diese Betten werden bei der Ermittlung des Bettenbedarfs zunächst nicht in Ansatz gebracht.

-
- 1) Unter dem Begriff Krankenhausbett soll hier und im folgenden - soweit nichts anderes vermerkt - der Inbegriff von Einrichtungen verstanden werden, die zur Erbringung stationärer Krankenhausleistungen erforderlich sind. Damit umfaßt der Begriff Krankenhausbett also weit mehr als nur ein Bettgestell und -wäsche in einem Krankenhaus.
- 2) Vgl. Bundestagsdrucksache V/4230, Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten (im folgenden zitiert als BTDr. V/4230), Bonn, den 19. Mai 1969, Anm. 2 auf S. 6.

Der Bedarf an Krankenhausbetten für ein bestimmtes Versorgungsgebiet läßt sich überschläglich nach folgender, allgemein anerkannter Formel bestimmen¹⁾:

$$\begin{aligned} \text{Bedarf an Krankenhaus-} &= \frac{\text{Einwohner} \times \text{Krankenhaushäufigkeit}^{2)} \times \text{Verweildauer}^{3)}}{\text{Bettennutzung (in Tagen)}^{4)} \times 1000} \\ \text{betten} & \\ &= \frac{\text{Einwohner} \times \frac{\text{Patienten} \times 1000}{\text{Einwohner}} \times \text{Verweildauer}}{\text{Bettennutzung (in Tagen)} \times 1000} \\ &= \frac{\text{Patienten} \times \text{Verweildauer}}{\text{Bettennutzung (in Tagen)}} \end{aligned}$$

-
- 1) Zum folgenden vgl. insbes. Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Bericht der Kommission zur Erstellung eines Krankenhausplanes für das Land Nordrhein-Westfalen 1968 - 1980, Siegburg 1969, S. 19 f.
 - 2) Unter der Krankenhaushäufigkeit wird die Zahl derjenigen Patienten verstanden, die sich während eines Jahres in Krankenhäusern eines bestimmten Versorgungsgebietes stationär behandeln lassen, bezogen auf 1000 Einwohner dieses Gebietes. Die Krankenhaushäufigkeit errechnet sich demnach gemäß der Formel:

$$\text{Krankenhaushäufigkeit} = \frac{\text{Patienten} \times 1000}{\text{Einwohner}}$$

- 3) Mit Verweildauer wird die Anzahl der Tage bezeichnet, die sich ein Patient in stationärer Krankenhausbehandlung befindet, wobei Aufnahme- und Entlassungstag in der Regel als ein Tag gewertet werden. Die Verweildauer errechnet sich aus der Formel:

$$\text{Verweildauer} = \frac{\text{Pflegetag}}{\text{Patienten}}$$

Unter der Leistungseinheit "Pflegetag" ist dabei die Tagesleistung an Behandlungs-, Pflege-, Versorgungs- und Verwaltungsaufwand für einen Patienten zu verstehen. Demnach können Pflegetage in verschiedenen Fachabteilungen und innerhalb einer Fachabteilung im Zeitablauf unterschiedlich sein.

- 4) Die Bettennutzung, auch Belegungsgrad genannt, wird durch die Zahl der Tage bestimmt, während der ein Krankenhausbett bestimmungsgemäß genutzt wird. Die Betten-
Weiter S. 4 unten.

Diese Formel läßt bereits erkennen, daß der Bettenbedarf nicht nur von medizinischen Faktoren, etwa von der Art und Schwere der Krankheit und von den diagnostischen und therapeutischen Mitteln und Möglichkeiten, sondern insbesondere auch von soziologischen, wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen und sonstigen politischen Faktoren abhängt. Auf die Problematik der Bestimmung des Bedarfs an Krankenhausleistungen (Krankenhausbetten, Pflegeetage) wird im Abschnitt 2.3.2. näher eingegangen.

1.1.3. Arten und Formen des Krankenhausbetriebes

Es gibt eine Reihe verschiedener Kriterien, nach denen eine Einteilung der Krankenhäuser in verschiedene Typen vorgenommen werden kann. Einige der wichtigsten Einteilungskriterien seien im folgenden dargestellt:

(1) Bettenkapazität

Nach der Zahl der Krankenhausbetten läßt sich eine Abstufung der Krankenhäuser von Kleinstkrankenhäusern (Kapazität bis etwa 50 Betten) über Kleinkrankenhäuser (Kapazität

weiter Fußnote 4) Seite 3:

nutzung ergibt sich aus folgenden Formeln:

$$\text{Bettennutzung in Tagen} = \frac{\text{Pflegeetage}}{\text{Betten}}$$

$$\text{Bettennutzung in \%} = \frac{\text{Pflegeetage} \times 100}{\text{Betten} \times 365}$$

Im allgemeinen wird eine Bettennutzung von 85 % (etwa 310 Tage im Jahr) bis 90 % (etwa 329 Tage im Jahr) angestrebt. Wesentliche Abweichungen von diesen Werten nach oben oder nach unten lassen einen Leistungsabfall und/oder höhere Kosten erwarten. Vor allem der Patientenwechsel, saisonale Schwankungen, Renovierungsarbeiten und Desinfektionsfristen lassen keine 100 %ige Belegung zu.

Der Begriff Bettennutzung ist nicht zu verwechseln mit dem Begriff Bettenindex, auch Bettenmeßziffer genannt. Der Bettenindex gibt diejenige Zahl an Krankenhausbetten an, die auf 1000 Einwohner eines bestimmten Versorgungsgebietes vorgehalten werden. Der Bettenindex errechnet sich nach folgender Formel:

$$\text{Bettenindex} = \text{Bettenmeßziffer} = \frac{\text{Betten} \times 1000}{\text{Einwohner}}$$

bis etwa 150 Betten) und mittlere Krankenhäuser (Kapazität bis etwa 600 Betten) bis hin zu Großkrankenhäusern (Kapazität von mehr als 600 Betten) vornehmen¹⁾. Diese Größenangaben sind jedoch keineswegs allgemeinverbindlich. So wird etwa im Bericht der Kommission zur Erstellung eines Krankenhausplanes für das Land Nordrhein-Westfalen²⁾ in Anlehnung an die Verordnung NW PR Nr. 1/69 über Krankenhauspflegesätze (Landespflegesatzverordnung - LPVO) vom 4. Februar 1969 (GV NW S. 134) folgende Größeneinteilung der Krankenhäuser gewählt:

Größenklasse 1	Krankenhäuser mit über 600 Planbetten
" 2	" " 321 - 600 "
" 3	" " 181 - 320 "
" 4	" " 101 - 180 "
" 5	" " bis 100 "

Neben den hier dargestellten gibt es eine Vielzahl weiterer Möglichkeiten, Krankenhäuser entsprechend ihrer Bettenzahl zu klassifizieren. Die Wahl unterschiedlicher Größenklassen ist dabei häufig nur eine Frage der Zweckmäßigkeit.

(2) Zielsetzung in Behandlung und Pflege

Nach der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung kann die Gesamtheit der Krankenhäuser in Akutkrankenhäuser, Sonderkrankenhäuser und Universitätskliniken unterteilt werden³⁾. Schematisch ergibt sich etwa folgendes Bild⁴⁾:

-
- 1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts e.V., Bd. 11, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1967, S. 19.
 - 2) Vgl. Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Bericht der Kommission..., a.a.O., S. 16.
 - 3) Zur Unterscheidung der Krankenhäuser in Akutkrankenhäuser (88 % aller Patienten werden in Akutkrankenhäusern behandelt) und Sonderkrankenhäuser vgl. u.a. Deininger, Dieter: Krankenhausstatistik 1967, in: Sonderdruck aus "Bundesgesundheitsblatt", 12. Jg., Nr. 21, Berlin, Heidelberg, New York 1969, S. 334 u. S. 336.
 - 4) Eine detailliertere Untergliederung ist möglich.

- (a) Akutkrankenhäuser
 - (aa) Allgemeine Krankenhäuser¹⁾ mit abgegrenzten Fachabteilungen
 - (ab) Allgemeine Krankenhäuser ohne abgegrenzte Fachabteilungen
 - (ac) Allgemeine Krankenhäuser, die sowohl über abgegrenzte als auch über nicht-abgegrenzte Fachabteilungen verfügen
 - (ad) Geburtshilflich-gynäkologische Krankenhäuser
- (b) Sonderkrankenhäuser
 - (ba) Tuberkulosekrankenhäuser
 - (bb) Krankenhäuser für Neurologie und Psychiatrie
 - (bc) Krankenhäuser für Suchtkranke
 - (bd) Kurkrankenhäuser
 - (be) Krankenhäuser für den Strafvollzug
 - (bf) sonstige Sonderkrankenhäuser
- (c) Universitätskliniken

Während Akutkrankenhäuser Patienten ohne Rücksicht auf die Art der Erkrankung und den Kostenträger²⁾ des Krankenhausaufenthaltes aufnehmen, dienen Sonderkrankenhäuser³⁾ normalerweise nur bestimmten Personengruppen oder nur Patienten mit bestimmten Krankheiten. Im Gegensatz zum Einzugsgebiet von Akutkrankenhäusern ist das Einzugsgebiet von Sonderkrankenhäusern meist überregional. Zudem zeichnen sich Sonderkrankenhäuser im Vergleich zu Akutkrankenhäusern häufig durch eine sehr viel höhere Verweildauer aus.

-
- 1) Die Begriffe Akutkrankenhaus und Allgemeines Krankenhaus werden meist in unterschiedlichem Sinne gebraucht. Es gibt aber auch Autoren, die diese Begriffe weitgehend synonym verwendet wissen wollen, so z.B. Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Bericht der Kommission..., a.a.O., S. 17.
 - 2) Der hier und im folgenden verwandte Begriff des Kostenträgers (Kaufkraftträgers, Zahlungspflichtigen oder Versicherungsträgers), desjenigen also, der die in Anspruch genommenen Krankenhausleistungen schuldet, ist nicht zu verwechseln mit dem Begriff des Kostenträgers in der Selbstkostenrechnung.
 - 3) Zuden Sonderkrankenhäusern zählen u.a. Landeskrankenhäuser, Heilstätten der Sozialversicherungsträger und

Universitätskliniken lassen sich gewöhnlich weder den Akut- noch den Sonderkrankenhäusern eindeutig zuordnen; sie nehmen zwar vielfach die Aufgaben von Akut- oder auch von Sonderkrankenhäusern wahr, ihr Schwergewicht liegt jedoch in der Regel auf dem Gebiet der systematischen medizinischen Forschung und Lehre.

(3) Zielsetzung in Behandlung und Pflege und Zahl der Krankenhausbetten

Entsprechend der Zielsetzung in Behandlung und Pflege und gemäß der Größenordnung der Krankenhäuser hat das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. folgende Klassifizierung der Allgemeinen Krankenhäuser nach Anforderungsstufen bzw. Versorgungsstufen vorgenommen¹⁾:

Untere Anforderungsstufe	- Ergänzungsversorgung (bis ca. 120 Betten) - Mindestversorgung (ab ca. 120 Betten)
Mittlere Anforderungsstufe	- Grundversorgung (ab ca. 200 Betten) - Regelversorgung (ab ca. 400 Betten)
Obere Anforderungsstufe	- Zentralversorgung (ab ca. 650 Betten) - Maximalversorgung (ab ca. 1000 Betten)

Beim Übergang von der Ergänzungsversorgung zur Maximalversorgung nehmen der Umfang der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung sowie die Zahl der Fachabteilungen²⁾ und dadurch

1) Vgl. Eichhorr, Siegfried: Was kostet die Vorhaltung von Krankenhäusern? in: Beiträge zur Krankenhausforschung und -praxis, Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts e.V., Bd. 5, Stuttgart 1960, S. 67 sowie derselbe: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, a.a.O., S. 57 f.

2) "Fachabteilungen sind die Zusammenfassung von betriebenen Betten einer Fachrichtung zu Pflegeeinheiten oder Teilen derselben." Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Bericht der Kommission..., a.a.O., S. 18.

bedingt in der Regel auch die Anzahl der Krankenhausbetten ständig zu. Fachkrankenhäuser lassen sich entsprechend ihrer Zielsetzung und Größe jeweils einer dieser Versorgungsstufen zuordnen.

(4) Weitere Einteilungskriterien

Andere Einteilungskriterien wären etwa die Art der ärztlichen Besetzung eines Krankenhauses, woraus die Unterscheidung in Anstalts- und Belegkrankenhäuser¹⁾ resultiert, oder die Intensität von Behandlung und Pflege, die zu einer Unterscheidung in Krankenhäuser für Akutkranke, Langzeitkranke und Chronischkranke²⁾ führt. Oftmals wird auch eine Unterscheidung nach dem jeweiligen Krankenhausträger in öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser getroffen³⁾.

Die Vielzahl und Vielschichtigkeit der Einteilungskriterien hat zur Folge, daß zur genauen Charakterisierung eines Krankenhauses mehrere Kriterien gleichzeitig herangezogen werden müssen. Dies ergibt sich auch notwendigerweise aus der Tatsache, daß in der Praxis neben den reinen Krankenhaustypen zahlreiche Übergangsformen bestehen. So können etwa die Übergänge zwischen großen Akutkrankenhäusern und Universitätskliniken und zwischen einigen Arten von Akutkrankenhäusern und Sonderkrankenhäusern durchaus fließend sein.

1) Belegkrankenhäuser sind solche, in denen die pflegerische Betreuung und wirtschaftliche Versorgung dem Krankenhausträger obliegt, während die ärztliche Versorgung von freiberuflichen Ärzten in eigener Verantwortung und auf eigene Rechnung übernommen wird. Dagegen wird in Anstaltskrankenhäusern die ärztliche Versorgung von angestellten Ärzten durchgeführt.

2) Vgl. Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Empfehlungen für die stationäre Behandlung von Akut-, Langzeit- und Chronischkranken, in: Das Krankenhaus, 57. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1965, S. 45 f.

3) Vgl. dazu Abschn. 2.3.3.1. dieser Arbeit.

1.2. Die Notwendigkeit einer wirtschaftlichen
Betrachtung von Krankenhäusern

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts bestand die Aufgabe der Krankenhäuser im wesentlichen in der Pflege alter, armer und kranker Menschen, wobei der Charakter der stationären Krankenhausversorgung überwiegend karitative Züge trug¹⁾. Wirtschaftliche Überlegungen wurden in Krankenhäusern nur sporadisch angestellt und noch seltener verwirklicht. Seitdem haben sich jedoch im Zuge des gewaltigen Fortschritts, insbesondere in den Bereichen der Medizin, der Biologie, der Technik und der Pharmakologie, im Krankenhaus entscheidende Wandlungen vollzogen. Das karitative Moment der Krankenpflege ist stark zurückgedrängt worden²⁾. Behandlung und Pflege im Krankenhaus sind, nicht zuletzt auch auf Grund von wirtschaftlichen Überlegungen und Maßnahmen, außerordentlich verbessert worden. Heute können viele Krankenhäuser sogar mit technisch perfektionierten, personalintensiven Wirtschaftsbetrieben verglichen werden, die auf Massendurchgänge spezialisiert sind. Angesichts dieser Entwicklung ist es geboten, das moderne Gesundheitswesen und speziell das Krankenhauswesen verstärkt auch unter ökonomischen Aspekten zu betrachten³⁾.

-
- 1) Zur Geschichte der Krankenhäuser vgl. u.a. Adam, Wilhelm: Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, in: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, 6. Bd., Stuttgart, Tübingen, Göttingen 1959, S. 272 ff.; Gerfeldt, Ewald: Das Krankenhaus und seine Betriebsführung, 3., neubearb. Aufl., Stuttgart 1959; Goldhahn, Richard: Spital und Arzt von Einst bis Jetzt, Stuttgart 1940; Fischer, Alfons: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, 2 Bände, Berlin 1933.
 - 2) Dies ist insofern zu bedauern, als der vielfach religiös verwurzelte Drang, Kranken zu helfen, im Sinne der psychosomatischen Medizin eine wichtige Funktion haben kann.
 - 3) In den USA sind auf Grund der äußerst komplexen Organisationsformen von Krankenhäusern sogar eigene Fakultäten für Krankenhauswissenschaften eingerichtet worden. In der BRD befaßt sich vornehmlich das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. mit dem Wirtschaftsfaktor Krankenhaus.

Für das Krankenhaus als Betrieb gilt damit, wie für andere Betriebe auch, als oberster Grundsatz das Wirtschaftlichkeitsprinzip¹⁾. Diesem Prinzip folgend suchen Krankenhäuser ihre Hauptaufgabe, welche in der Verhütung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden und Schmerzen besteht, mit dem geringstmöglichen Aufwand an eingesetzten Mitteln zu lösen²⁾. Zur Verwirklichung dieses Prinzips wird es dem Krankenhausträger und der Krankenhausleitung in erster Linie darauf ankommen, diejenige Kombination der kurzfristig variierbaren Produktionsfaktoren aus dem Behandlungs-, dem Pflege-, dem Versorgungs- und dem Verwaltungsbereich zu finden, die bei möglichst geringem Faktorverbrauch ein Optimum an stationärer Krankenhausversorgung gewährleistet. Mittel- und langfristig muß neben einer Variation dieser Produktionsfaktoren auch eine Veränderung der Gebäude und ihrer Ausstattung und Einrichtung mit in die Dispositionen einbezogen werden. Für die Mehrzahl der Krankenhäuser ist dabei die Erzielung eines Reingewinns im Sinne des erwerbswirtschaftlichen Prinzips von sekundärer Bedeutung³⁾.

-
- 1) Das Wirtschaftlichkeitsprinzip besagt, daß ein vorgegebenes Ziel mit einem minimalen Faktoreinsatz oder daß mit gegebenem Faktoreinsatz ein maximales Ergebnis (in Bezug auf eine Zielgröße) angestrebt werden soll. Dagegen ist das Gewinnmaximierungsprinzip auf die Erzielung eines möglichst hohen Gewinns ausgerichtet.
 - 2) Aus dem Wirtschaftlichkeitsprinzip ergibt sich für die Krankenhäuser die Forderung, den Aufwand zu minimieren, da der Ertrag größtenteils durch fixierte Pflegesätze vorbestimmt wird.
 - 3) Soweit Krankenhäuser in den Anwendungsbereich der Bundespflegesatz-Verordnung fallen, dürfen sie keine Gewinne machen. Dagegen können erwerbswirtschaftlich orientierte Privatkrankenhäuser auf die Erzielung eines maximalen oder zumindest eines angemessenen Gewinns ausgerichtet sein.

1.2.1. Der Zusammenhang zwischen Gesundheits-,
Wirtschafts- und Sozialpolitik¹⁾

Die Verhütung von Krankheiten und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erwerbstätiger Menschen durch eine sachgerechte stationäre oder ambulante Krankenhausbehandlung sind von erheblichem Einfluß auf die Entwicklung des Sozialprodukts einer Volkswirtschaft (Produktivitätseffekt der Gesundheitspolitik). Von der absoluten Höhe des Sozialprodukts und der Einkommensverteilung hängt entscheidend die Höhe des Aufkommens an Steuern und Krankenversicherungsbeiträgen ab. Dieses wiederum ist ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für die Höhe der Finanzierungsmittel für Krankenhäuser, die maßgeblich die Güte der Krankenhausbehandlung bestimmen. Eine entsprechend gute Krankenhausbehandlung fördert ihrerseits wiederum die Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Erwerbstätigen. Die größere Anzahl gesunder, erwerbstätiger Menschen erarbeitet dann ein höheres Sozialprodukt usw. Hier schließt sich der Kreislauf zwischen Gesundheits- und Wirtschaftspolitik²⁾.

Zusammenhänge bestehen aber nicht nur zwischen Gesundheits- und Wirtschaftspolitik, sie lassen sich auch für gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen aufzeigen³⁾. Will man Krankheiten auf die Dauer erfolgreich bekämpfen, so genügt es nicht, den Krankenhausbau zu forcieren und die Krankenhausbehandlung und -pflege zu intensivieren. Man muß schon die Entstehung von Krankheiten zu verhüten oder doch einzudämmen suchen.

1) Der Zusammenhang soll hier für Krankenhäuser dargestellt werden. Für andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gelten analoge Überlegungen.

2) Es ist festzustellen, daß bei steigenden Einkommen die Ausgaben der Privathaushalte für Gesundheitsgüter im allgemeinen und für Krankenhausgüter im besonderen absolut und relativ ansteigen. Vgl. auch Bogs, Walter u.a.: . Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966, Ziff. 593, S. 208.

3) Darüber hinaus lassen sich mannigfache Interdependenzen auch zwischen anderen Bereichen der Gesellschaftspolitik und der Gesundheitspolitik aufzeigen.

Dazu sind auch sozialpolitische Maßnahmen erforderlich; denn auch heute gibt es noch Bevölkerungsgruppen, die trotz gestiegenen Lebensstandards nicht in der Lage sind, die Kosten einer langwierigen und aufwendigen Kranken- oder Krankenhausbehandlung oder die Kosten für prophylaktische Behandlung aus ihrem originären Einkommen zu bezahlen. Da Krankheit oftmals für den einzelnen Patienten ein unverdientes und nicht kalkulierbares Schicksal ist, dürfte es nicht sozial sein, jeden einzelnen, also auch den wirtschaftlich weniger leistungsfähigen Patienten, mit den durch ihn verursachten Aufwendungen für stationäre Krankenhausbehandlung in voller Höhe zu belasten. Einen gewissen Ausgleich und Umverteilungseffekt schafft hier die soziale Krankenversicherung. Da fast 90 % der Bevölkerung in der BRD sozialversichert sind oder einen gesetzlichen Anspruch anderer Art auf Heilbehandlung haben¹⁾, ist die Frage der endgültigen Regelung der Krankenhausfinanzierung also nicht nur gesundheits- und wirtschaftspolitisch, sondern auch sozialpolitisch bedeutsam und insofern auch im Rahmen einer Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung zu sehen.

Bei all diesen Überlegungen muß stets bedacht werden, daß Sozialpolitik und auch Gesundheitspolitik ihre Begrenzung auf die Dauer in der Belastbarkeit einer Volkswirtschaft haben; denn langfristig kann nur das verausgabt werden, was erarbeitet worden ist. Deshalb können Sozialpolitik und Gesundheitspolitik nicht ohne Rücksicht auf betriebs- und volkswirtschaftliche Erkenntnisse betrieben werden.

1) Vgl. Bundestagsdrucksache VI/1667, Gesundheitsbericht, (im folgenden zitiert als BTDr. VI/1667), Bonn, den 18. Dezember 1970, S. 68. Diesem Bericht zufolge erhalten 88 % der Bevölkerung der BRD Schutz durch die soziale Krankenversicherung, während der Sozialbericht 1970 noch von 86 % ausging. Vgl. Bundestagsdrucksache VI/643, Sozialbericht 1970 (im folgenden zitiert als BTDr. VI/643), Bonn, den 20. April 1970, S. 27.

1.2.2. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser

In den letzten Jahren hat die Nachfrage nach Krankenhausleistungen in der BRD einen beträchtlichen Umfang erreicht. So entfielen z.B. 1969 auf 10 000 Einwohner 1429 Krankenhausaufnahmen¹⁾, während es 1966 nur 1325 und 1960 erst 1240 Krankenhausaufnahmen pro 10 000 Einwohner waren²⁾. Heute muß durchschnittlich etwa jeder 7. Bundesbürger einmal im Jahr in ein Krankenhaus.

Wenn auch die gesundheitspolitische Bedeutung der Krankenhäuser längst erkannt worden ist, so wird ihr wirtschaftliches Gewicht doch vielfach noch unterschätzt. Die folgenden Angaben sollen deshalb die Bedeutung der Krankenhäuser als wesentlichen Bestandteil der bundesdeutschen Volkswirtschaft verdeutlichen:

(1) Anlagevermögen

Für das Jahr 1960³⁾ wurde das Anlagevermögen der Krankenhäuser in der BRD mit ca. 26 Mrd. DM beziffert, wobei der Wert eines Krankenhausbettes mit 44 000 DM angegeben wurde⁴⁾. Für 1966 weist der Bericht der Bundesregierung über die finanzielle Lage der Krankenhäuser für 3 635 Krankenhäuser mit 640 372 Krankenhausbetten bereits ein Anlagevermögen von etwa 40 Mrd. DM aus⁵⁾. Der Wert eines Bettes wurde demnach mit rd. 62 000 DM veranschlagt. Bereits 1967

1) Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, Gesundheitswesen 1969, Stuttgart und Mainz 1971, S. 95.

2) Vgl. Deininger, Dieter: Krankenhausstatistik 1967, a.a.O., S. 336.

3) Die Zahlenangaben für das Anlagevermögen der Krankenhäuser beziehen sich auf das jeweilige Jahresende.

4) Vgl. Gehrt, Maria: Kosten und gegenwärtige Deckung, in: Krankenhaus-Sorgen, Neue Schriften des deutschen Städtetages, Heft 11, Köln 1963, S. 78.

5) Vgl. BDr. V/4230, a.a.O., S. 12 u. S. 31.

wurde, bedingt vor allem durch die ständig gestiegenen Kosten des Grundstücks und der Einrichtung entsprechend den jeweiligen Anforderungsstufen der einzelnen Krankenhäuser, ein Bettenwert von 60 000 bis 90 000 DM in Rechnung gestellt¹⁾. Auf Grund der weiterhin gestiegenen Preise und Kosten²⁾ dürfte ein Bettenwert (einschließlich der Kosten der Erstellung von Personalwohnheimen, Personalwohnungen und Ausbildungsstätten sowie der Kosten des Grundstücks und Grunderwerbs) von mindestens 100 000 DM für 1972 als nicht zu hoch veranschlagt anzusehen sein. Unterstellt man für dieses Jahr einen Bettenbestand von ca. 700 000 Betten³⁾, so ergibt sich ein Anlagevermögen zu Wiederbeschaffungswerten von 70 Mrd. DM⁴⁾. Das Anlagevermögen der deutschen Krankenhäuser wird selbst dann noch außerordentlich hoch zu veranschlagen sein, wenn man für die in die Rechnung eingehenden außerplanmäßigen Betten einen niedrigeren Bettenwert veranschlagt und wenn man berücksichtigt, daß die Investitionen für ein Bett in einem Sonderkrankenhaus im Durchschnitt niedriger sind als für ein Bett in einem Akutkrankenhaus, und wenn man weiterhin eine nutzungsbedingte Wertminderung von den jeweiligen Wiederbeschaffungswerten in Abzug bringt⁵⁾.

-
- 1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, a.a.O., S. 97.
 - 2) 1971 z.B. waren in einigen Bereichen des Krankenhauswesens Kostensteigerungen bis zu 30 % zu verzeichnen.
 - 3) Am 31. Dezember 1969 gab es 677 695 planmäßige Betten (darunter 454 055 Betten für Akutkranke) in der BRD, die von 3 601 öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern vorgehalten wurden. Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 34 f.
 - 4) Auf exakte Berechnungen kann verzichtet werden, da es hier lediglich um die Vermittlung der Größenordnung des Anlagevermögens der Krankenhäuser geht.
 - 5) Etwa ein Drittel aller Krankenhausbetten ist älter als 50 Jahre. Vgl. Bundestagsdrucksache VI/1141, Krankenhausfinanzierung (im folgenden zitiert als BTDr. VI/1141), Bonn, den 11. September 1970, S. 4.

(2) Umsatz

Nicht nur das Anlagevermögen der Krankenhäuser hat eine beträchtliche Höhe erreicht, auch der Umsatz der Krankenhäuser ist durchaus von volkswirtschaftlicher Relevanz. Während noch für 1962 der Umsatz der Krankenhäuser mit ca. 4,5 Mrd. DM errechnet wurde¹⁾, betrug er im Jahre 1966 bereits rd. 7,9 Mrd. DM und im Jahre 1968 schon ca. 9,7 Mrd. DM²⁾. Mittlerweile dürfte der Jahresumsatz der deutschen Krankenhäuser die 10-Mrd.-Grenze erreicht und überschritten haben³⁾⁴⁾.

(3) Leistungen

Ganz allgemein kann man feststellen, daß sowohl die Zahl der stationär behandelten Krankenhauspatienten als auch die Zahl der Pflegetage in Krankenhäusern ständig gestiegen ist und weiter steigt. So gab es im Jahr 1967 bereits ca. 8,57 Mill. Patienten⁵⁾, die stationär in Krankenhäusern betreut wurden, und im gleichen Jahr wurden etwa 214 Mill. Pflegetage geleistet⁶⁾⁷⁾. Die Zahl der stationär behandelten Patienten stieg im Jahr 1969 auf 9,1 Mill. Patienten, davon 5,1 Mill. Frauen und 4,0 Mill. Männer, an⁸⁾. Die Zahl der Pflegetage erhöhte sich im Jahre 1969

-
- 1) Vgl. Adam, Wilhelm: Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 55. Jg., Stuttgart und Köln 1963, S. 374.
 - 2) Vgl. Schlauß, Hans-Joachim: Die Finanzierung von Krankenhausleistungen, in: Beiträge des Deutschen Industrieinstituts, 7. Jg., Heft 6/7, Köln 1969, Anm. 13 auf S. 6.
 - 3) Damit dürfte sich der Investitionswert eines Krankenhausbettes umsatzmäßig etwa alle 5 bis 6 Jahre einmal umschlagen.
 - 4) Der Umsatz der Krankenhäuser entspricht in etwa den Erträgen der Deutschen Bundesbahn; diese betrugen 1968 ca. 10,4 Mrd. DM und 1970 ca. 13,3 Mrd. DM. Vgl. Geschäftsbericht der Deutschen Bundesbahn: Geschäftsjahr 1968, Frankfurt a.M. 1969, S. 80 und Geschäftsbericht der Deutschen Bundesbahn: Geschäftsjahr 1970, Frankfurt 1971, S. 121.
 - 5) Vgl. Deininger, Dieter: Krankenhausstatistik 1967, a.a.O., S. 336.
 - 6) Ebenda.
 - 7) Die Zahl der zu erwartenden Pflegetage ergibt sich aus der Multiplikation der zu erwartenden Krankenhauseinweisungen mit der zu erwartenden durchschnittlichen Verweildauer.
 - 8) Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 34.

auf 220 Mill.¹⁾. Eine eingehende Untersuchung der Krankenhausleistungen erfolgt an anderer Stelle²⁾.

(4) Beschäftigte

Betrachtet man die Zahl der Beschäftigten, so erkennt man die bedeutende Stellung der Krankenhäuser als Arbeitgeber. Am 31. Dezember 1967 arbeiteten rd. 479 000³⁾ und am 31. Dezember 1969 ca. 520 000⁴⁾ Personen mit teilweise sehr hohem Bildungsniveau und Leistungspotential in den bundesdeutschen Krankenhäusern. Damit war bei ca. 27 Mill. Erwerbstätigen am Ende des Jahres 1969⁵⁾ etwa jeder 52. Erwerbstätige in der BRD in einem Krankenhaus beschäftigt⁶⁾. Unter diesen Personen befanden sich ca. 52 000 Ärzte und Medizinalassistenten und ca. 161 000 Krankenpflegepersonen und Hebammen⁷⁾; den größten Anteil stellten jedoch die Beschäftigten im Verwaltungs- und Versorgungsbereich.

Die oben genannten Zahlen lassen erkennen, welche große Bedeutung dem Wirtschaftsfaktor Krankenhaus in der BRD beizumessen ist. Sie machen gleichzeitig deutlich, daß das Krankenhauswesen ein integrierender Bestandteil der Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung ist und als solcher nicht nur gesundheitspolitischen, sondern neben anderen vor allem auch wirtschafts- und sozialpolitischen Überlegungen und Maßnahmen zugänglich sein muß.

1) Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, a.a.O., S. 96.

2) Vgl. den 2. Teil der vorliegenden Arbeit.

3) Vgl. Deininger, Dieter: Krankenhausstatistik 1967, a.a.O., Tabelle 5 auf S. 337.

4) Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 36.

5) Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 24.

6) Unter Berücksichtigung der zahlreichen Zulieferbetriebe der Krankenhäuser würde sich die Zahl der in der Krankenhaus"industrie" Beschäftigten beträchtlich erhöhen.

7) Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 36.

1.3. Hauptprobleme des Krankenhauswesens

Die Probleme des Krankenhauswesens sind in den westeuropäischen Ländern, mutatis mutandis aber auch in den osteuropäischen Ländern, nahezu die gleichen. Drei Problemkomplexe bereiten den Verantwortlichen immer wieder besondere Schwierigkeiten. Es handelt sich um:

- (1) Die Umstrukturierung des Krankenhaussystems, insbesondere im Hinblick auf die gegenwärtigen und zukünftigen medizinischen Erfordernisse, und die Schaffung eines ausreichenden Angebots an Krankenhausbetten,
- (2) die Ausbildung von qualifiziertem Personal in ausreichendem Maße,
- (3) die Entwicklung der Krankenhauskosten und das Problem ihrer Deckung.

Da es insbesondere wegen der von den verschiedenen Beteiligten unterschiedlich gesetzten Prämissen und Prioritäten keine Lösung gibt, die alle uneingeschränkt zufriedenstellen würde, erscheint es geboten, solche pragmatischen und praktikablen Lösungen anzustreben, denen alle ohne zu große Verluste an Geld, Einfluß und Prestige zustimmen können.

1.3.1. Schaffung eines bedarfs- und fachgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser

Das Ziel bei der Schaffung neuer Krankenhäuser und der Umstrukturierung des gesamten Krankenhauswesens ist, eine den Bedürfnissen des Einzelfalls angepaßte, medizinisch optimale¹⁾ und möglichst ortsnahe stationäre Krankenhausver-

1) Dem medizinisch Möglichen sind durch die nur beschränkt zur Verfügung stehenden wirtschaftlichen Mittel Grenzen gesetzt. Im Hinblick auf andere notwendige Güter wird deshalb vielfach auch nur eine ausreichende und zweckmäßige Krankenhausversorgung gefordert, so auch im § 182 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung: "Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht übersteigen." Reichsversicherungs-Ordnung, bearb. von Klöpfer, Karl, 44. Aufl., Stuttgart 1963, S. 64.

sorgung für alle Patienten zu gewährleisten. Es wird also ein Optimum der qualitativen, quantitativen und räumlichen Struktur des Krankenhausangebots angestrebt. Mit anderen Worten: es soll ein System geschaffen werden, daß im Bedarfsfall - ohne Rücksicht auf die wirtschaftliche und soziale Stellung des einzelnen Patienten - die richtigen Krankenhausbetten in ausreichender Zahl am richtigen Ort zur Verfügung stellt.

Ein solches System leistungsfähiger, sich gegenseitig bedarfsgerecht ergänzender und leistungsmäßig abgestufter Krankenhäuser muß auf die Häufigkeit, Schwere und Dauer der verschiedenen Krankheiten abgestimmt sein. Aus ärztlich-pflegerischer und aus wirtschaftlicher Sicht wird ein derartig koordiniertes und kooperatives Krankenhaussystem aus einer Mischung von unterschiedlich großen Krankenhäusern mit teilweise unterschiedlicher Ausstattung und Einrichtung bestehen müssen.

Ein solches Krankenhaussystem müßte folgende Krankhaustypen umfassen:

- (1) Schwerpunktkrankenhäuser mit überregionaler Bedeutung und weitestgehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten,
- (2) Krankenhäuser mit großem Einzugsgebiet und vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten,
- (3) Krankenhäuser mit räumlich begrenztem Einzugsgebiet und weniger anspruchsvoller Ausstattung für leichtere Fälle,
- (4) Krankenhäuser für Langzeitkranke, Pflege- und Alterskranke,
- (5) Sonderkrankenhäuser.

Eine derartige Strukturierung soll auf der einen Seite einen volkswirtschaftlich nicht zu verantwortenden Konkurrenzkampf kapazitätsmäßig nicht ausgelasteter Krankenhäuser verhindern und auf der anderen Seite eine regionale Unterversorgung mit stationären Krankenhausleistungen vermeiden.

Um leistungsfähige Betriebseinheiten zu schaffen, kann es notwendig werden, eine Entwicklung zu verfolgen, die zu weniger Krankenhäusern mit mehr Betten führt. Im Zuge dieser Entwicklung wird auch das Problem unwirtschaftlich arbeiten-der Klein- und Kleinstkrankenhäuser gelöst werden müssen. Diese Krankenhäuser könnten z.B. geschlossen, erweitert oder umgebaut oder einer anderen Verwendung (Altersheim, Pflegeheim, Sanatorium u.a.m.) zugeführt werden.

Die Schaffung eines im obigen Sinne bedarfs- und fachgerecht gegliederten leistungsfähigen Krankenhaussystems setzt insbesondere eine vorausschauende Krankenhauskapazitäts- und Standortplanung voraus. Eine solche langfristige Planung wird auf der Basis einer soliden Grundlagenforschung zu erstellen sein. Dabei sind besonders die Bevölkerungsentwicklung, die Veränderung des Krankheitsgeschehens und Krankheitsbildes, Veränderungen des Belegungsgrades und der Verweildauer u.a.m., also all jene Faktoren zu analysieren, die auch für die Bestimmung der Nachfrage nach Krankenhausleistungen relevant sind¹⁾. Außerdem sind die Umstände zu prüfen, die die Deckung des Bedarfs an stationären Krankenhausleistungen ermöglichen oder doch erleichtern²⁾. Da sich aber sowohl die Bedarfsbestimmungsfaktoren für stationäre Krankenhausleistungen als auch die Möglichkeiten und Grenzen der Deckung des Bedarfs an stationären Krankenhausleistungen ständig ändern, muß auch die Krankenhausstruktur einem ständigen Wandel unterworfen sein. Genaue Prognosen sind daher schwer zu erstellen. Allgemeingültige Aussagen, etwa über den Bedarf an Krankenhausbetten in verschiedenen Bundesländern, lassen sich um so schwerer treffen, als die Bestimmungsfaktoren und ihre Entwicklung aus den verschiedensten Gründen schon von

-
- 1) Bevölkerungs- und Mortalitätsstatistiken, wie sie bisher geführt wurden, sind für diese Zwecke nicht ausreichend. Es müßten darüber hinaus aussagefähige Morbiditäts- und Unfallstatistiken erstellt werden.
 - 2) Hier sind vor allem die Fortschritte in der Medizin und der Technik sowie die Möglichkeiten der Kooperation, der Arbeitsteilung, der Organisation u.a.m. zu berücksichtigen.

Region zu Region (z.B. Industriegebiet - ländliches Gebiet) recht unterschiedlich sein können. Diese Schwierigkeiten entbinden jedoch die verantwortlichen Entscheidungsträger nicht von der Notwendigkeit, möglichst weitreichende und umfassende Planungen aufzustellen.

1.3.2. Personalprobleme

Die personelle Struktur eines Krankenhauses läßt sich grob in folgende Bereiche untergliedern:

Ärztlicher Bereich

Pflegebereich

Medizinisch-technischer Bereich

Betriebs-technischer Bereich

Wirtschaftsbereich

Verwaltungsbereich

Sonstige Bereiche (z.B. Fürsorge, Seelsorge)

Sowohl die Qualität und Quantität der erbrachten Leistungen in den einzelnen Krankenhausbereichen als auch die Wirtschaftlichkeit des gesamten Betriebsgeschehens hängen maßgeblich von der Qualifikation und der Anzahl der Arbeitskräfte ab. Diese wiederum werden entscheidend von dem Niveau und der Kapazität der Ausbildungsstätten sowie der Integration der medizinischen und pflegerischen Ausbildung in das allgemeine Bildungswesen bestimmt.

Da ein Krankenhaus ein äußerst arbeitsintensiver und damit lohnintensiver Betrieb ist, kommt der Planung, Organisation und Kontrolle der Arbeitsleistungen besondere Bedeutung zu¹⁾. Ziel der Planung, Organisation und Kontrolle der menschlichen Arbeit im Krankenhaus muß sein, die eingesetzte Arbeit in den einzelnen Leistungsbereichen eines Krankenhauses so zu gestalten, daß ein Höchstmaß an Leistung

1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1 a.a.O., S. 190.

erzielt wird. Es gilt daher die auf Grund mangelnder Fähigkeiten des eingesetzten Personals oder infolge vakanter Stellen in einzelnen Leistungsbereichen immer wieder auftretenden Engpässe so weit als möglich zu vermeiden, da diese sich hinsichtlich der Gesamtleistung leistungsmindernd auswirken. Immerhin ist in den letzten Jahren die Zahl der Ärzte und Pflegepersonen stärker gestiegen als die Zahl der planmäßigen Krankenhausbetten¹⁾; daraus allein resultiert aber noch keine Verbesserung der Personallage der Krankenhäuser, da auch die Anforderungen an das Personal gestiegen und die Arbeitszeiten, vor allem beim Pflegepersonal, wesentlich verkürzt worden sind. So kommt es, daß heute die Zahl der fehlenden examinierten Pflegepersonen auf ca. 40 000 geschätzt wird^{2) 3)}. Allerdings ist die Personallage in den einzelnen Krankenhäusern je nach Art des Krankenhauses durchaus unterschiedlich. So ist z.B. die Personallage in Sonderkrankenhäusern quantitativ erheblich schlechter als in Akutkrankenhäusern⁴⁾.

-
- 1) Vgl. Deininger, Dieter: Krankenhausstatistik 1967, a.a.O., S. 335.
 - 2) Vgl. Rörig, Reinhold: Grundsätze der Betriebsführung in der Krankenhauspflege aus der Sicht der Verwaltung, in: Krankenhaus-Umschau, 40. Jg., Kulmbach 1971, S. 432.
 - 3) Die Bundesanstalt für Arbeit schätzt den Zusatzbedarf an Pflegekräften - über den gegenwärtigen Fehlbestand hinaus - bis zum Jahr 1980 auf weitere 50 000 Personen. Vgl. Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): Die Arbeitsmarktsituation in den Krankenpflegeberufen, Beilage zu den Amtlichen Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit, Heft Nr. 6/71, 19. Jg., Nürnberg 1971, S. 2.
 - 4) Vgl. Deininger, Dieter: Krankenhausstatistik 1967, a.a.O., S. 335 f.

1.3.3. Kosten und Kostendeckung¹⁾

Erkennt man die Gültigkeit des Wirtschaftlichkeitsprinzips für das Krankenhauswesen an, so ergibt sich daraus für die einzelnen Krankenhäuser die Forderung, den Aufwand zu minimieren, da - zumindest für die allgemeine (3.) Pflegeklasse - durch fixierte Pflegesätze²⁾ der Ertrag weitgehend festgelegt ist. Damit in ausreichendem Maße Krankenhausbetten vorgehalten werden können und die Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen versorgt werden kann, müssen die Pflegesätze so bemessen sein, daß die bei wirtschaftlicher Betriebsführung³⁾ entstehenden Selbstkosten der Krankenhäuser⁴⁾ voll gedeckt werden. Diese Forderung ist z.Z. nur in der 1. und der 2. Pflegeklasse erfüllt.

-
- 1) Fragen der Kosten und Kostendeckung sollen hier nur kurz skizziert werden. Sie werden in den Teilen 3 und 4 dieser Arbeit eingehend behandelt.
 - 2) Der Pflegesatz ist das vom Patienten oder sonst Zahlungspflichtigen zu entrichtende Pauschalgeld für die pro Berechnungstag in Anspruch genommenen Krankenhausleistungen. Im allgemeinen werden durch den Pflegesatz die Kosten der Pflege sowie der Unterbringung und Verpflegung abgedeckt. Es können durch den Pflegesatz aber auch sonstige Leistungen, insbesondere Leistungen ärztlicher Art, abgegolten werden.
 - 3) Würde der Pflegesatz individuell je nach der Höhe der angefallenen Kosten gestaltet, so würde dadurch unwirtschaftliches Verhalten von Krankenhäusern erleichtert, da dann kein Anreiz oder Druck mehr bestünde, eine gegebene ärztlich-pflegerische Zielsetzung mit möglichst geringen Kosten zu realisieren.
 - 4) Dabei ist zu beachten, daß die Krankenhauskosten aufgrund allgemeiner Preissteigerungen und wegen der erweiterten Aufgaben der Krankenhäuser (z.B. auf dem Gebiet der Präventivmedizin), der notwendigen Spezialisierung, der medizinisch-technischen Entwicklung, der steigenden Personalkostenintensität, der veränderten Sozialstruktur u.a.m. steigen.

Aus wirtschafts-, sozial- und gesundheitspolitischen Gründen werden bestimmte Personenkreise oder deren Kostenträger nach der Bundespflegesatz-Verordnung nur mit Krankenhauskosten belastet, die unter den betriebswirtschaftlich ermittelten Selbstkosten liegen. Dies ist der Hauptgrund für die beträchtlichen Defizite im deutschen Krankenhauswesen¹⁾. Will man eine Senkung des Standards der stationären Krankenhausbehandlung infolge dieser Defizite verhindern, so wird man nicht umhinkönnen, die Krankenhauspflegesätze den bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten der Krankenhäuser anzugleichen.

1) Vgl. BTD. V/4230, a.a.O., S. 15 ff. Dieser Untersuchung zufolge betrug schon 1966 die Kostenunterdeckung (Differenz abgegrenzter Kosten zu den Erträgen) der Akutkrankenhäuser je nach Umfang der verrechneten Kosten zwischen 843,3 Mill. DM und 1945,6 Mill. DM.

2. Die Leistungen der Krankenhäuser

Bevor Fragen und Probleme der Kosten und der Finanzierung von Krankenhausleistungen erörtert werden, sei im folgenden zunächst auf die Leistungen der Krankenhäuser näher eingegangen, da von dieser Art und Höhe der Kosten direkt abhängen.

2.1. Die Motive zur Erstellung von Krankenhausleistungen¹⁾

Die Motive zur Errichtung, Unterhaltung und zum Betrieb von Krankenhäusern können je nach Krankenhausträger durchaus unterschiedlicher Art sein. Während öffentliche Krankenhäuser vor allem auf Grund des Prinzips der Daseinsvorsorge im Hinblick auf gesundheits- und gesellschaftspolitische Erfordernisse gebaut und betrieben werden, sind es bei freigemeinnützigen Krankenhäusern hauptsächlich karitative und humanitäre Gründe, die die Träger solcher Krankenhäuser tätig werden lassen²⁾. Bei privaten Krankenhausträgern dürfte, sofern sie nicht die Voraussetzungen der Gemeinnützigkeit erfüllen, ein maximaler oder zumindest doch ein angemessener Gewinn für die Initiative des Trägers ausschlaggebend sein³⁾.

2.2. Das Zielsystem der Krankenhäuser

Bei den Zielvorstellungen, die entsprechend dem jeweiligen Krankenhausträger und den dem jeweiligen Krankenhaus gestellten Aufgaben nach Art und Umfang verschieden sein können, kann man ein Haupt- oder Oberziel, Zwischen- oder

-
- 1) Zum folgenden vgl. insbes. Eichhorn, Siegfried: Das Zielsystem des Krankenhauses, in: Aus der Arbeit des Deutschen Krankenhausinstituts, Berichte in zwangloser Reihenfolge - Nr. 41, Düsseldorf 1970.
 - 2) Vgl. derselbe: Das Zielsystem des Krankenhauses, a.a.O., S. 2.
 - 3) Diese Trägergruppe läßt sich nicht ohne weiteres in das nachfolgende Zielsystem der Krankenhäuser einordnen.

Unterziele und Nebenziele unterscheiden^{1) 2)}.

2.2.1. Haupt- oder Oberziel

Als Hauptziel der Krankenhäuser wird im allgemeinen die Deckung des Bedarfs an stationären Krankenhausleistungen angesehen. Zur stationären Versorgung von Patienten gehören insbesondere die ärztlich-pflegerische und die medizinisch-technische Behandlung und Betreuung sowie die wirtschaftliche Versorgung. Infolgedessen sieht die Bundespflegesatz-Verordnung³⁾ das Hauptziel der Krankenhäuser darin, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern, wobei den Behandelten Unterkunft und Verpflegung gewährt wird. Wenn demnach auch die Hauptaufgabe der Krankenhäuser heutzutage zweifelsohne auf dem kurativen Sektor liegt, so ist für die Zukunft jedoch zu erwarten, daß Präventiv- und Rehabilitationsmedizin erheblich an Bedeutung gewinnen.

2.2.2. Zwischen- oder Unterziele

Zur Erreichung des Hauptziels der Krankenhäuser können sog. Zwischenziele, auch Sub- oder Unterziele genannt, verfolgt

1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Das Zielsystem des Krankenhauses, a.a.O., S. 3.

2) In Abb. 1 auf S. 26 ist der Versuch gemacht worden, die Zielsetzungen der Krankenhäuser in modifizierter Form in ein umfassendes öffentliches Zielsystem einzugliedern. Dieser Versuch stellt wegen der vielfältigen Interdependenzen nur eine von vielen Möglichkeiten dar. So ließen sich z.B. einige Rehabilitationsmaßnahmen durchaus auch dem Bereich der sozialen Sicherheit (finanzielle Unterstützung) oder dem Bildungssektor (Umschulung) zuordnen. Des weiteren hat etwa die Ausbildung und Fortbildung von Krankenhauspersonal nicht nur bildungspolitische, sondern sehr wohl auch gesundheitspolitische Aspekte.

3) Vgl. § 1 Abs. 1 Ziff. 1 der Bundespflegesatz-Verordnung.

werden. Es handelt sich dabei um Zielsetzungen, die als Einzelelemente aus dem Hauptziel abgeleitet sind, um das Hauptziel realisieren zu können. In Anlehnung an O e t t l e ¹⁾ nennt E i c h h o r n ²⁾ folgende Zwischenziele im Krankenhaus: Leistungserstellungsziel, Bedarfsdeckungsziel, Angebotswirtschaftsziel, Finanzwirtschaftsziel, Autonomie- und Integrationsziel. Die Realisierung all dieser konkreten, betrieblichen Teilaufgaben führt gleichzeitig zur Erreichung des Hauptziels. Inwieweit das Hauptziel des Krankenhauses erreicht wird, hängt demnach davon ab, in welcher Weise und in welchem Umfang die angestrebten Zwischenziele erreicht werden. Damit beurteilt werden kann, wann die einzelnen Zwischenziele verwirklicht sind, muß für jedes Zwischenziel ein Zielerreichungsgrad definiert werden.

2.2.3. Nebenziele

Außer einem Haupt- oder Oberziel und Zwischen- oder Unterzielen verfolgen die Krankenhäuser noch sog. Nebenziele, die dadurch gekennzeichnet sind, daß sie nicht oder nur mittelbar zur Deckung des Bedarfs an stationären Krankenhausleistungen beitragen. Zu diesen Nebenzielen zählen insbesondere die Ausbildung und Fortbildung von Ärzten sowie des Pflegepersonals und des medizinisch-technischen Personals. Zu den Nebenaufgaben gehören weiterhin die medizinische und sozialmedizinische Forschung sowie die Forschung, die das Krankenhaus selbst zum Forschungsobjekt hat. Zudem ist als weitere Nebenaufgabe noch der Komplex der ambulanten Behandlung von Patienten zu nennen.

1) Vgl. Oettle, Karl: Über den Charakter öffentlich-wirtschaftlicher Zielsetzungen, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 18. Jg., Köln und Opladen 1966, S. 241 ff.

2) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Das Zielsystem des Krankenhauses, a.a.O., S. 3.

2.2.4. Der Wandel in der Zielsetzung

Wie die Geschichte des Krankenhauswesens zeigt, sind die Zielsetzungen der Krankenhäuser durchaus Wandlungen unterworfen. So hat sich das heutige Hauptziel der Krankenhäuser, die Deckung des Bedarfs an stationären Krankenhausleistungen mit besonderer Schwerpunktbildung auf medizinischem Gebiet, erst zum Ende des 19. Jahrhunderts herauskristallisiert. Davor lag der Schwerpunkt der Krankenhausbehandlung auf dem pflegerischen Sektor.

Für die Zukunft zeichnet sich bereits jetzt ein weiterer Wandel in der Zielsetzung der Krankenhäuser ab. Im Hinblick auf eine umfassende Krankenversorgung wird an Stelle des Ziels der Deckung des Bedarfs an stationären Krankenhausleistungen das Ziel der Deckung des Bedarfs an Krankenhausleistungen schlechthin treten, wozu die strenge Zäsur zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufgehoben werden muß. Dadurch werden das Leistungspotential der Krankenhäuser einem größeren Personenkreis zugänglich gemacht und wirtschaftlich nicht zu vertretende Doppeluntersuchungen durch freipraktizierende Ärzte und durch Krankenhausärzte vermieden.

Weitere Wandlungen in der Zielsetzung der Krankenhäuser erscheinen wahrscheinlich. So dürfte in Zukunft mit einiger Sicherheit die Bedeutung der Präventivmedizin erheblich zunehmen, wodurch auch der Aufgabenkreis der Krankenhäuser erweitert würde. Die Intensivierung der Präventivmedizin ist nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus zu befürworten, da sie vielfach einen überproportionalen Rückgang der Kosten für kurative Maßnahmen und Rehabilitationsmaßnahmen erwarten läßt. Wo aber trotz Präventivmedizin Menschen erkranken, wird es die Aufgabe der Krankenhäuser bleiben, die Wiederherstellung der Gesundheit zu bewirken. In diesem Zusammenhang werden Rehabilitations- und Wiedereingliederungsmaßnahmen, die - wo möglich und notwendig - neben einer medizinischen auch eine soziale und wirtschaft-

liche Betreuung umfassen, verstärkt an Bedeutung gewinnen.

Welche Haupt-, Zwischen- und Nebenziele in der Zukunft in den Krankenhäusern verfolgt werden, wird vor allem auch davon abhängen, welche Aufgaben künftig von den anderen privaten und öffentlichen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes erfüllt werden¹⁾. Entsprechend der jeweiligen Zielsetzung können dabei sowohl die Leistungen als auch die durch die Leistungserstellung entstehenden Kosten in den einzelnen Krankenhäusern durchaus unterschiedlich sein. Um unnötige Kosten zu vermeiden, muß deshalb jedes Krankenhaus entsprechend den ihm gestellten Aufgaben konzipiert sein und mit dem Ziel, diese Aufgaben bestmöglich zu erfüllen, betrieben werden. Dazu wird es erforderlich sein, die Zielsetzung eines jeden Krankenhauses durch eine Analyse der Qualität und Quantität des Bedarfs an Krankenhausleistungen im jeweiligen Versorgungsgebiet zu konkretisieren. Da es bislang in den meisten Fällen an der klaren und verbindlichen Formulierung einer Zielkonzeption für das einzelne Krankenhaus und für das Krankenhauswesen insgesamt fehlt, können die Notwendigkeit bestimmter Ausgaben für Krankenhausleistungen und die Qualität der erbrachten Leistungen mitunter nur sehr schwer beurteilt werden. Auf die Dauer kann die Funktionsfähigkeit des Krankenhauswesens aber nur durch die systematische Erfassung, Abgrenzung und Abstufung aller Aufgaben der Krankenhäuser und durch die Standardisierung von Leistungen und Qualitäten sowie durch die Formulierung eines Zielerreichungsgrades gewährleistet werden.

1) In letzter Zeit hat sich das Gesamtvolumen der medizinischen Behandlung offensichtlich von den Einzelpraxen zu den Krankenhäusern verlagert. Vgl. dazu Naschold, Frieder: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg i.Br. 1967, S. 138. Sollte diese Entwicklung unerwünscht sein, so wird man dieser Verlagerungstendenz wohl nur so begegnen können, daß durch die Bildung von Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften die finanziellen und medizinischen Möglichkeiten der freipraktizierenden Ärzte erweitert werden.

2.3. Der "Markt" für Krankenhausleistungen

Krankenhäuser werden vielfach als zur "sozialen Infrastruktur" gehörig betrachtet, für die nicht der Markt, sondern der Staat vorzusorgen hat. In diesem Sinne sind Krankenhäuser in der Terminologie von M u s g r a v e ¹⁾ meritorische Güter, die der Staat deshalb bereitzustellen hat, weil soziale und hygienische Gründe dafür sprechen und weil der Markt von sich aus keine optimalen Ergebnisse zeitigt.

2.3.1. Krankenhäuser als Dienstleistungsbetriebe

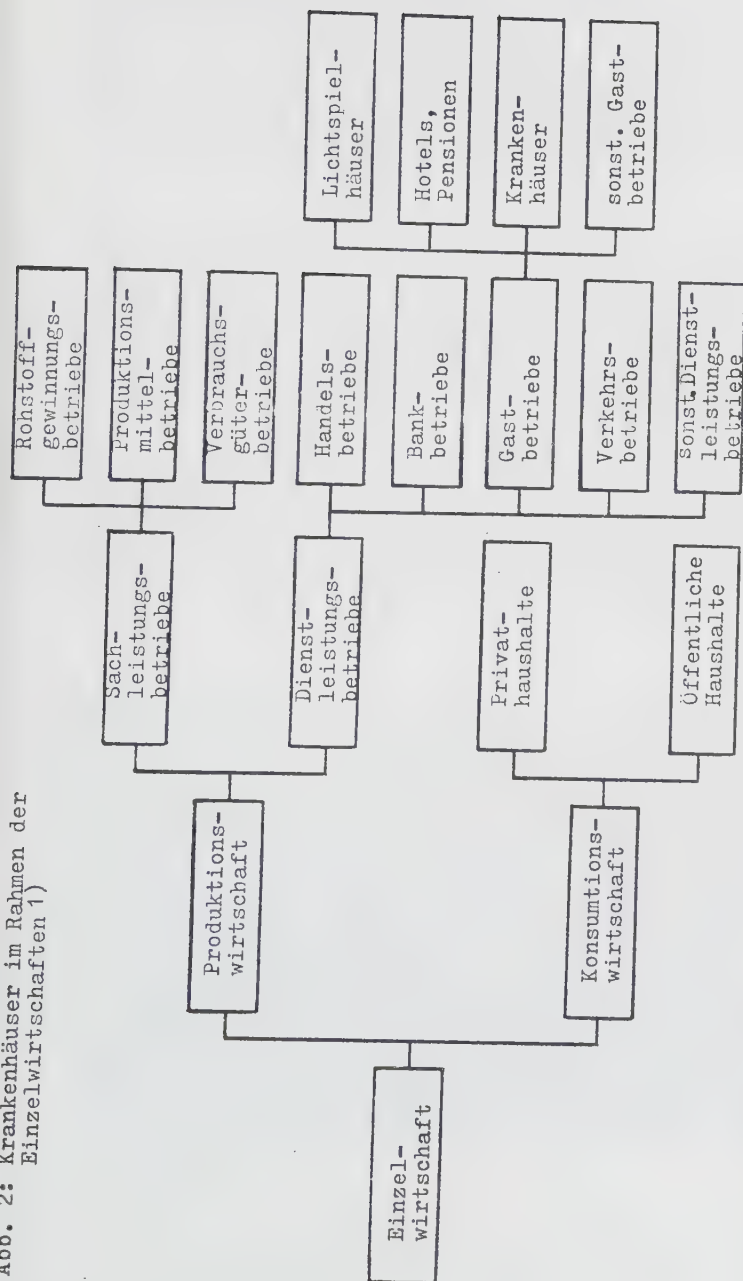
Nach der Art der erstellten Leistungen ist das Gesundheitswesen und damit auch das gesamte Krankenhauswesen als integrierender Bestandteil des Gesundheitswesens dem Dienstleistungssektor einer Volkswirtschaft zuzuordnen. Innerhalb dieses Sektors lassen sich die Krankenhäuser dem Bereich der Beherbergungs- oder Gastbetriebe zurechnen²⁾. Krankenhäuser als Gastbetriebe sind dadurch gekennzeichnet, daß bei ihnen die Erstellung und der Verzehr der betrieblichen Leistungen räumlich und zeitlich zusammenfallen und daß der Patient die Leistungen im Krankenhaus selbst konsumiert³⁾. Dabei unterscheiden sich Krankenhäuser

1) Vgl. Musgrave, Richard Abel: Finanztheorie, Tübingen 1966, S. 14 ff.

2) Im Hinblick auf die sog. Tag- und Nacatkliniken empfiehlt sich eine Subsumtion der Krankenhäuser unter den Begriff Gastbetriebe; vgl. auch Abb. 2 auf S. 31.

3) Walterspiel spricht in diesem Zusammenhang von kundenpräsenz-bedingten Dienstleistungsbetrieben, vgl. dazu Walterspiel, Georg: Gemeinsame Besonderheiten investitions-intensiver und kundenpräsenz-bedingter Dienstleistungsbetriebe, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 18. Jg., Köln und Opladen 1966, S. 12 ff.

Abb. 2: Krankenhäuser im Rahmen der Einzelwirtschaften 1)



1) In Anlehnung an Wöhe vollzogene Einordnung der Krankenhäuser als Dienstleistungs- bzw. Gastbetriebe in den Rahmen der Einzelwirtschaften. Vgl. Wöhe, Günter: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 9. unveränderte Aufl., Berlin und Frankfurt a. M. 1969, S. 15.

von anderen Gastbetrieben durch die Art ihrer spezifischen Leistung. Während bei anderen Gastbetrieben, etwa Hotels, Pensionen u.a.m., die wirtschaftliche Versorgung im Vordergrund steht, ist diese bei Krankenhäusern nur von untergeordneter Bedeutung; Kernstück der betrieblichen Leistungserstellung im Krankenhaus ist vielmehr die ärztliche Behandlung und pflegerische Betreuung.

Nach der Art der betrieblichen Leistungserstellung müßten Krankenhäuser in den Bereich der Einzelfertigung¹⁾ eingereiht werden, denn die Leistungserstellung im Krankenhaus ist nicht als Produktion auf Lager möglich. Sie erfolgt, was den einzelnen Patienten anbelangt, überwiegend unregelmäßig.

Der gesamtwirtschaftliche Sinn der Leistungserstellung im Krankenhaus liegt, wie bei allen anderen Betrieben auch, in der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse, hier der Deckung des Bedarfs an Krankenhausleistungen²⁾. Bei gegebener

-
- 1) Auf Krankenhäuser bezogen sollte man besser den Begriff der Einzelbehandlung verwenden.
- 2) Zur Begriffsklärung: "Das Bedürfnis äußert sich im Gefühl eines Mangels und im Streben, diesen zu beseitigen." Montaner, Antonio: Art. Bedürfnis, in: Handwörterbuch der Betriebswirtschaft, 3., völlig neu bearb. Aufl., Bd. I, Stuttgart 1956, Sp. 563. Bedürfnisse, die nur mit Hilfe wirtschaftlicher Güter befriedigt werden können, führen zur Bedarfsbildung. So gesehen lassen sich Bedarfe als die durch Kaufkraft fundierten Bedürfnisse definieren. Als Nachfrage dagegen bezeichnet man die Gesamtheit aller vereinheitlichten Bedarfe an einem bestimmten Markt. Der Prozeß der Umformung ursprünglicher Bedürfnisse zu einzelnen am Markt als Nachfrage auftretenden Bedarfen läßt sich demnach mit Schäfer als ein Nacheinander darstellen, vgl. Schäfer, Erich: Grundlagen der Marktforschung, 4., Neubearb. und erw. Aufl., Köln und Opladen 1966, S. 131 f.

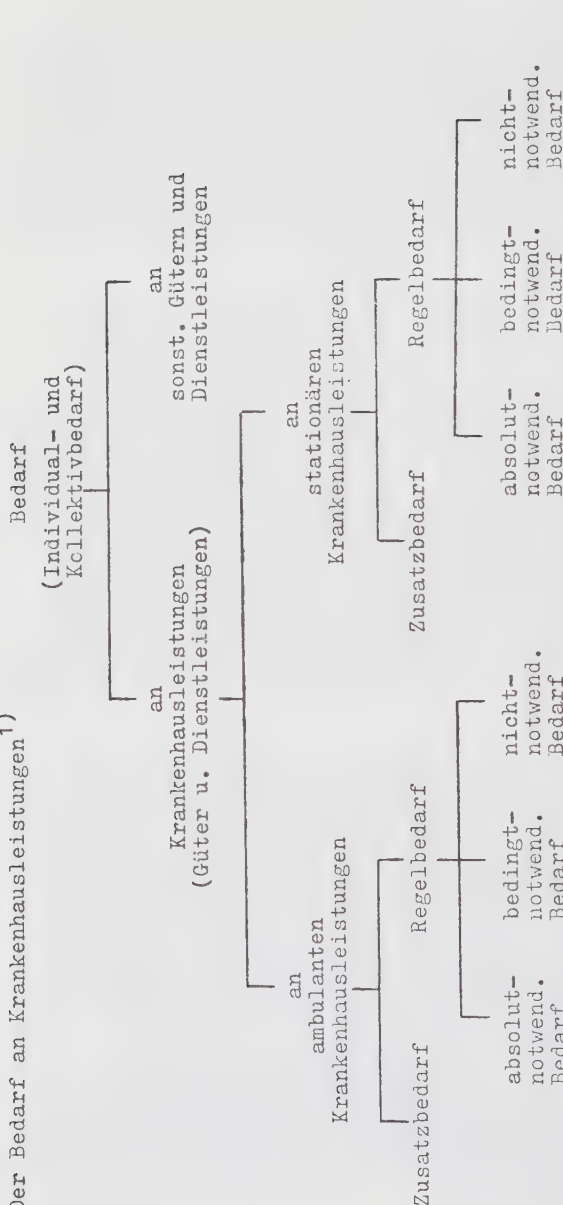
Datenkonstellation¹⁾ erfolgt der betriebliche Kombinationsprozeß²⁾ im Krankenhaus in der Weise, daß planend, organisierend, führend und kontrollierend menschliche Arbeitsleistungen und Sachgüter (Gebrauchs- und Verbrauchsgüter) sinnvoll und sparsam kombiniert werden, mit dem Ziel, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden zu verhüten, festzustellen oder zu behandeln.

2.3.2. Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen

Seit Jahren ist eine ständig steigende Nachfrage nach Krankenhausleistungen zu verzeichnen. Bis heute gibt es jedoch noch keine wissenschaftlich fundierte Grundlagenforschung zur Bestimmung von Art, Größe und Entwicklung des Bedarfs an Krankenhausleistungen³⁾, obwohl dies langfristig für eine ausreichende und zweckmäßige Krankenhausversorgung der Bevölkerung unbedingt erforderlich ist. Die zur Bestimmung des Bedarfs an Krankenhausleistungen notwendige Klassifizierung⁴⁾ ist insbesondere dann erforderlich, wenn

-
- 1) Zum Begriff der wirtschaftlichen Datenkonstellation vgl. Eucken, Walter: Die Grundlagen der Nationalökonomie, 8. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1965, S. 127 ff.
 - 2) Zum Begriff des betrieblichen Kombinationsprozesses vgl. Gutenberg, Erich: Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, Bd. I, 14. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1968, S. 130 ff. sowie Schneider, Erich: Einführung in die Wirtschaftstheorie, Bd. II, 10., verb. Aufl., Tübingen 1964, S. 59 ff. und Gäfgen, Gérard: Art. Allgemeine Wirtschaftspolitik, in: Kompendium der Volkswirtschaftslehre, Bd. 2, Göttingen 1968, S. 132 ff.
 - 3) Ansätze zur exakten Bedarfsschätzung von Krankenhausleistungen finden sich bei Rosenthal, der in den USA versucht hat, mit Hilfe von kreuzsektoralen Regressionsanalysen Nachfragefunktionen zu erstellen. Vgl. Rosenthal, G. D.: The Demand for General Hospital Facilities, Hospital Monograph Series, No. 14, American Hospital Association, Chicago 1964.
 - 4) Vgl. Abb. 3 auf S. 34.

Abb. 3: Der Bedarf an Krankenhausleistungen¹⁾



1) Einteilung des Bedarfs an Krankenhausleistungen in Anlehnung an van Aubel. Vgl. Aubel, Peter van: Wirtschaftliche Betrachtungen über den Bedarf an Krankenhausbetten und seine Deckung, in: Das Krankenhaus, 50. Jg., Stuttgart und Köln 1958, S. 342 f.
Der Zusatzbedarf ist der über den Regelbedarf hinausgehende außerordentliche Bedarf an Krankenhausleistungen in Notzeiten (etwa bei Kriegen oder Naturkatastrophen). Der absolut-notwendige Bedarf wird durch objektive medizinische und soziologische Faktoren bestimmt. Der bedingt-notwendige Bedarf ist dadurch gekennzeichnet, daß zwar objektiv gesehen keine Krankenhausbehandlung notwendig ist, daß sie im Einzelfall aber angemessen und zweckmäßig sein kann. Der nicht-notwendige Bedarf stellt dagegen in erster Linie eine Funktion des Einkommens, Vermögens und des Versicherungsschutzes dar. In diesem Fall ist aus medizinischen Gründen weder objektiv noch für den Einzelfall eine Krankenhausbehandlung notwendig.

das Angebot an Krankenhausleistungen sich nicht an marktwirtschaftlichen Steuerungselementen ausrichtet oder ausrichten kann, sondern von der öffentlichen Hand nach Maßgabe von Bedarfsschätzungen geschaffen wird.

2.3.2.1. Träger der Nachfrage

Der Normalfall im Wirtschaftsleben ist der, daß der Nachfrager eines Gutes gleichzeitig Bedarfsträger, Bedarfsbestimmer und Kaufkraftträger ist. Im Krankenhauswesen sind jedoch Bedarfsträger, Bedarfsbestimmer und Kaufkraftträger in der Regel nicht identisch¹⁾. Bedarfsträger und Nachfrager ist der Patient. Über die Einweisung des Patienten ins Krankenhaus entscheidet normalerweise der behandelnde, freipraktizierende Arzt, der somit Bedarfsbestimmer ist. Gleichfalls Bedarfsbestimmer ist der Krankenhausarzt, der über die Länge der Verweildauer entscheidet. Kaufkraftträger endlich ist in der Mehrzahl der Fälle ein Versicherer, wenn auch zu berücksichtigen ist, daß die finanziellen Mittel der Versicherer aus Versicherungsbeiträgen oder Steuermitteln stammen. Dieser eigentümlichen Konstellation muß bei der Bestimmung der Nachfrage nach Krankenhausleistungen Rechnung getragen werden.

2.3.2.2. Determinanten der Nachfrage

Für die Nachfrage nach Krankenhausleistungen sind neben anderen medizinischen, wirtschaftlichen, soziologischen und politischen Faktoren und ihren Entwicklungen²⁾ vor allem der bislang vollzogene und teilweise noch andauernde Industri-

1) Vgl. Aubel, Peter van: Wirtschaftliche Betrachtungen..., a.a.O., S. 344.

2) Zu den Gesichtspunkten, die für die Wandlung der Nachfragestruktur nach Krankenhausleistungen von Bedeutung sind, vgl. u.a. Riege, Fritz: Überlegungen zur Planung eines Krankenhauses der Grundversorgung, in: Die Sozialversicherung, Heidelberg 1966, S. 369 f.

alisierungsprozeß, verbunden mit einem sozialen Strukturwandel¹⁾, die Bevölkerungsentwicklung, die Veränderung des Krankheitsgeschehens (Pathomorphose), der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt, die gestiegene Lebenserwartung, die Länge der Verweildauer, die Krankenhaushäufigkeit und der Grad der Bettennutzung von Bedeutung. Hinzu kommen u.a. noch konjunkturell bedingte Einflußfaktoren, der allgemeine Lebensstandard, das gewandelte Selbstverständnis von Krankenhauspersonal und Patienten²⁾, das System der sozialen Sicherheit und der gesundheitlichen Versorgung außerhalb der Krankenhäuser³⁾.

Da für eine umfassende Krankenhausplanung mit dem Ziel einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen eine genaue Bestimmung der Nachfrage unerlässlich ist, muß eine möglichst exakte qualitative und quantitative Analyse allerjenigen Faktoren vorgenommen werden, die in irgendeiner Weise Einfluß auf die Nachfrage nach Krankenhausleistungen haben. Dabei werden erhebliche Schwierigkeiten auftreten. Zwar lassen sich die Determinanten der Nachfrage, insbesondere die Einwohnerzahl des Versorgungsgebietes, die Krankenhaushäufigkeit, die

1) Vgl. König, René: Strukturwandlung unserer Gesellschaft und einige Auswirkungen auf die Krankenversicherung, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, Köln und Opladen 1958, S. 113 ff.

2) Vgl. Leberh, Hermann: Das Problem der Krankenhausfinanzierung - gesellschaftspolitisch betrachtet, in: Die Sozialversicherung, 19. Jg., Heidelberg 1964, S. 360. Die Aufnahme eines Patienten geschieht demnach nicht mehr oder nicht mehr nur aus karitativen Gründen, und der Patient oder seine Familie empfinden heute eine Krankenhauseinweisung gewöhnlich nicht mehr als herzlos und deklassierend.

3) Hierfür ist in besonderem Maße die Anzahl und Strukturierung der Arztpraxen - etwa Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Diagnostikzentren o.a. - relevant.

Verweildauer, die Bettennutzung u.a.m. sowie die Faktoren, die auf diese Determinanten Einfluß haben, größtenteils benennen¹⁾; sie können aber nur sehr bedingt quantifiziert werden. Demoskopische Untersuchungen können allenfalls Tendenzen aufzeigen.

An Hand der keineswegs erschöpfenden Darlegung der Bestimmungsfaktoren läßt sich bereits erkennen, wie schwer es in praxi ist, die Nachfrage nach Krankenhausleistungen auch nur annähernd genau im voraus zu bestimmen, da sie auf Grund der ständig variierenden Einflußfaktoren stark dynamische Züge aufweist. Dennoch besteht - insbesondere für die politischen Entscheidungsträger - die Notwendigkeit, die Nachfrage nach Krankenhausleistungen so umfassend und genau wie möglich zu bestimmen, da sonst die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen nicht sichergestellt werden kann.

-
- 1) Die Krankenhaushäufigkeit z.B. wird insbesondere beeinflusst:
- (1) von medizinischen Faktoren, insbesondere von der Art, Schwere und Häufigkeit verschiedener Krankheiten,
 - (2) von gesundheits- und sozialpolitischen Überlegungen des einweisenden Arztes, des behandelnden Arztes, des Patienten, des Kostenträgers, der Politiker u.a.m.,
 - (3) von der Entwicklung im Bereich der ambulanten und stationären Medizin, vor allem auf den Gebieten Diagnostik, Therapie und Rehabilitation,
 - (4) von der Alters- und Familienstruktur der Bevölkerung,
 - (5) von der Erwerbs- und Wirtschaftsstruktur, sowie von der Konjunktur,
 - (6) vom Geschlecht des Patienten,
 - (7) von der Art der Versicherung und der Höhe des Verdienstausschlags im Krankheitsfalle,
 - (8) von Umwelteinflüssen, wie Wohnverhältnisse, Arbeitsverhältnisse, Verkehrsverhältnisse, Umweltverschmutzung, Lärm u.a.m.,
 - (9) von der Krankenhaus "freudigkeit" verschiedener Bevölkerungsschichten (im wesentlichen als Funktion des Einkommens), von der Einschätzung des Krankenhauses und des behandelnden Arztes durch den Patienten,
 - (10) von der Zahl der zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten.

2.3.2.3. Qualität und Quantität der Nachfrage

Die qualitative und quantitative Bestimmung der Nachfrage nach Krankenhausleistungen ist deshalb problematisch, weil von einem gegebenen auf einen zukünftigen Bedarf geschlossen werden muß. Die Quantifizierung der verschiedenen Einflußfaktoren wird zudem noch dadurch erschwert, daß sich die Einzelwirkungen dieser Faktoren durch wechselseitige Verflechtungen und Überlagerungen teilweise kumulieren, teilweise neutralisieren können. Theoretisch läßt sich zwar unter Zugrundelegung bestimmter gesellschaftspolitischer und gesundheitspolitischer Prämissen und bei einer als im voraus bestimmbar angenommenen, potentiellen Krankenhausbenutzerzahl sowie bei gegebenem medizinischen und medizinisch-technischen Wissen der Bedarf und damit die Nachfrage sowohl qualitäts- als auch quantitätsmäßig bestimmen. Praktisch ist eine solche Bestimmung jedoch nur sehr unvollkommen möglich, da insbesondere sowohl die Zahl der potentiellen Patienten als auch Art und Häufigkeit auftretender Krankheiten als auch das medizinische und medizinisch-technische Wissen zur Verhinderung und Bekämpfung von Krankheiten ständigen Änderungen unterliegen.

Erschwerend für die Bestimmung der Nachfrage kommt ferner hinzu, daß sich - aufgrund der teilweise bewußt zu niedrig fixierten Preise für stationäre Krankenhausleistungen - der Bedarf nicht automatisch aus dem freien Spiel der Marktkräfte ergibt. Vielmehr bewirken diese defizitären Tarife, daß die Nachfrage nach stationären Krankenhausleistungen nicht unbedingt auf den absolut-notwendigen Bedarf¹⁾ beschränkt bleibt. Der potentielle Nachfrageüberhang dürfte jedoch dadurch begrenzt sein, daß in den meisten Fällen Bedarfs-

1) Vgl. Aubel, Peter van: Wirtschaftliche Betrachtungen..., a.a.O., S. 343.

träger und Kaufkraftträger nicht identisch sind und daß die Patienten in der Mehrzahl eine Krankenhauseinweisung so lange als möglich hinauszögern¹⁾ und nach einer Einweisung auf eine baldige Entlassung drängen²⁾. Allerdings kann der absolut-notwendige Bedarf auch dadurch überschritten werden, daß überlastete freipraktizierende Kassenärzte vom medizinischen Standpunkt her unnötige Krankenhausüberweisungen vornehmen³⁾.

Die qualitative und quantitative Bestimmung des Bedarfs an stationären Krankenhausleistungen wird weiterhin dadurch erschwert, daß von Seiten der Nachfrager solcher Leistungen praktisch keine Preisüberlegungen angestellt werden. So wird ein Sozialversicherter in der Regel Preis und Nutzen der Krankenhausleistungen nicht gegeneinander abwägen. Dazu dürfte ihm normalerweise die notwendige Markttransparenz fehlen, und außerdem hat er kein wirtschaftliches Interesse daran, sich diese Kenntnis zu verschaffen, weil für ihn beim gegenwärtigen Sozialversicherungssystem die Krankenhausbehandlung - abgesehen von Sozialversicherungsbeiträgen, deren Höhe jedoch unabhängig davon ist, ob Krankenhausleistungen in Anspruch genommen werden oder nicht - nicht mit Kosten verbunden ist. Aber selbst Nicht-Sozialversicherte dürften nicht immer in der Lage sein, betriebswirtschaftliche Preisüberlegungen anzustellen und zu einem preisgünstigeren Konkurrenten auszuweichen. In Fällen akuter Lebensgefahr besteht diese Möglichkeit ohnehin nicht.

Diese Überlegungen führen zu dem Ergebnis, daß die Nachfrage nach Krankenhausleistungen in bezug auf Preisänderungen (Pflegesatzänderungen) relativ starr ist. Dies gilt jeden-

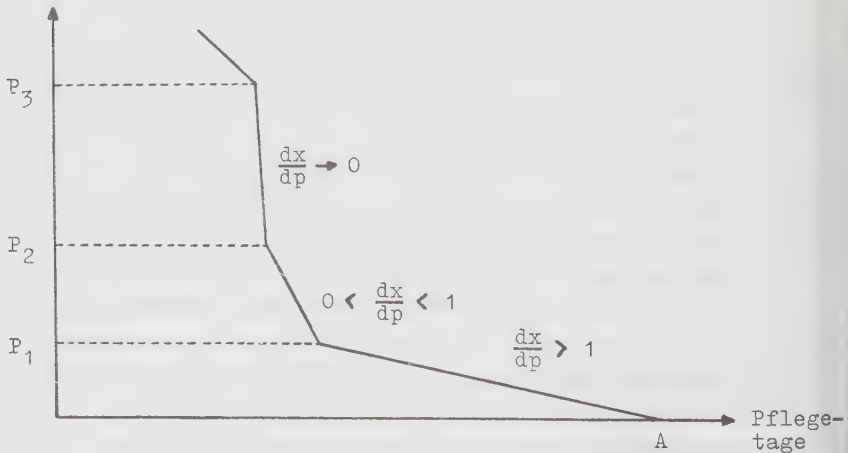
-
- 1) Vgl. Günther, Sven: Einweisungsquote und Verweildauer der Sozialversicherten in der Bundesrepublik Deutschland, in: Bundesarbeitsblatt, 16. Jg., Stuttgart und Köln 1965, S. 321.
 - 2) Vgl. Stempell, Heiner: Die Zukunft des Krankenhauses, in: Soziale Sicherheit, 13. Jg., Köln-Deutz 1964, S. 98 ff.
 - 3) Vgl. Schreiber, Wilfrid: Der "Markt" der Krankenhausleistungen, in: Das Krankenhaus, 55. Jg., Stuttgart und Köln 1963, S. 475.

falls für die Bereiche des absolut-notwendigen und bedingt-notwendigen Bedarfs. Mit dem Maß der Entbehrlichkeit von Krankenhausleistungen für den einzelnen Patienten nimmt dagegen die Elastizität der Nachfrage zu.

Es sind wiederholt Versuche unternommen worden, die Nachfrage nach Krankenhausleistungen graphisch etwa wie folgt darzustellen¹⁾:

Abb. 4: Nachfragekurve nach Krankenhausleistungen

Preise
(Pflugesätze)



Oberhalb des Preises P_1 im Bereich des absolut-notwendigen und bedingt-notwendigen Bedarfs nach Krankenhausleistungen ist die Nachfrage starr oder doch relativ starr. Der Verlauf der Nachfragekurve ist steil. An sich müßte die Kurve im Bereich des absolut-notwendigen Bedarfs oberhalb des Preises P_2 als Ausdruck der Starrheit der Nachfrage senk-

1) Vgl. etwa Eichhorn, Siegfried: Preisbildung im Krankenhaus, in: Archiv für öffentliche und freigemeinwirtschaftliche Unternehmen, Bd. 4, Göttingen 1958, S. 294 ff. sowie Kress, Karl Peter: Die Leistungsfunktionen des Krankenhauses in betriebswirtschaftlicher Sicht, Diss., München 1968, S. 225 ff.

recht zur Abszisse verlaufen. Auf Grund der subjektiv nicht für notwendig gehaltenen, objektiv aber notwendigen Krankenhausbehandlung ergibt sich jedoch die dargestellte leichte Linksneigung. Von einer gewissen Preishöhe P_3 an wird sich die Nachfragekurve im Bereich des absolut-notwendigen Bedarfs stärker nach links neigen, da bei einem derart hohen Preis (Pflegesatz) trotz absolut-notwendigen Bedarfs die Nachfrage auf Kosten der Gesundheit eingeschränkt wird oder werden muß. Unterhalb des Preises P_1 verläuft die Nachfragekurve nach Krankenhausleistungen aufgrund des hohen Anteils des nicht-notwendigen Bedarfs flacher als oberhalb dieses Preises. Punkt A kennzeichnet die Sättigungsmenge der Nachfrage nach Krankenhausleistungen bei kostenloser Behandlung. In praxi wird dieser Punkt nie realisiert werden.

Die obige Nachfragekurve nach Krankenhausleistungen kann infolge der ihr unterstellten Prämisse, daß Bedarfsbestimmer (Nachfrager) und Kaufkraftträger identisch sind, kaum als repräsentativ angesehen werden. Die dieser Nachfragefunktion zugrunde liegende Preis-Elastizität ist nur dann zu vermuten, wenn die Nachfrager die gesamten oder zumindest einen Teil der Krankenhauskosten selbst tragen. Das gilt aber nur für Selbstzahler und nur sehr bedingt für Privatversicherte, nicht aber für Sozialversicherte. Zudem steht die empirische Absicherung der einzelnen Teile dieser Nachfragekurve, bei denen ein linearer Verlauf unterstellt ist, noch aus.

2.3.3. Das Angebot an Krankenhausleistungen

Zur Schaffung und Sicherung einer zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausversorgung auf der Basis eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser mit unterschiedlichem Versorgungsniveau (optimale Aufschlüsselung und Gruppierung unterschiedlicher Fachbetten über eine bestimmte Region) muß das Angebot an Krankenhausleistungen der jeweils bestehenden Nachfrage nach bestimmten Krankenhausleistungen angepaßt werden. Zu Beginn der planerischen Überlegungen muß demnach die Abgrenzung der zu versorgenden

Region¹⁾ und die Ermittlung der innerhalb dieser Region lebenden Bevölkerungszahl - aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Altersgruppen, auftretenden Krankheitsarten u.a.m. - und die Bestimmung der aus diesen und allen weiteren Faktoren resultierenden Zahl der potentiellen Krankenhausbenutzer erfolgen. Sodann muß die ärztlich-pflegerische Zielsetzung der einzelnen Krankenhäuser vor allem in diagnostischer und therapeutischer Sicht unter der Berücksichtigung des medizinischen und technischen Wissensstandes und seiner Entwicklung festgelegt werden.

2.3.3.1. Träger des Angebots

Die Träger des Angebots an Krankenhausleistungen lassen sich in drei Gruppen einteilen: die öffentlichen, die freigemeinnützigen und die privaten. Die Unterscheidung wird nach folgenden Kriterien getroffen: Öffentliche Krankenhäuser sind solche, die von einer oder mehreren Gebietskörperschaften oder Sozialversicherungsträgern betrieben oder überwiegend finanziert werden. Freigemeinnützige Krankenhäuser werden vor allem von konfessionellen Vereinigungen, von Stiftungen und von gemeinnützigen Vereinen getragen. Träger privater Krankenhäuser sind einzelne oder juristische Personen des Privatrechts. Private Krankenhäuser sind im übrigen dadurch gekennzeichnet, daß sie von einer höheren Verwaltungsbehörde aufgrund von § 30 Abs. 1 der Gewerbeordnung als Erwerbsunternehmen konzessioniert werden²⁾.

1) Unter dem Versorgungsgebiet versteht man das Gebiet, das ein Krankenhausträger versorgen soll. Das Einzugsgebiet dagegen ist das Gebiet, in dem der potentielle Krankenhausbenutzer wohnt. Bekannte Ärzte, günstige Verkehrsbedingungen u.a.m. können bewirken, daß das Einzugsgebiet größer ist als das Versorgungsgebiet. Umgekehrt können im Versorgungsgebiet eines Krankenhausträgers mehrere Krankenhäuser liegen, so daß das Einzugsgebiet des einzelnen Krankenhauses kleiner als das Versorgungsgebiet des Krankenhausträgers ist. Je spezialisierter ein Krankenhaus ist, um so größer wird sein Einzugsgebiet sein.

2) Vgl. Gewerbeordnung, Textausgabe mit Anmerkungen und Sachverzeichnis, 38. Aufl., München 1970, S. 16.

Während die meisten öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser bedarfswirtschaftlich orientiert sind (ein bestimmter Bedarf einer bestimmten Gruppe soll mit gegebenen Mitteln optimal gedeckt werden), sind private Krankenhäuser überwiegend erwerbswirtschaftlich orientiert.

Das gesamte Angebot an Krankenhausbetten verteilte sich am 31. Dezember 1966 auf die verschiedenen Krankenhaus-träger wie aus Tabelle 1 ersichtlich. Seither hat es sich nur unwesentlich verändert; es ist jedoch eine Verlagerungstendenz von den freigemeinnützigen zu den öffentlichen Krankenhäusern zu verzeichnen.

Tabelle 1: Krankenhaus-träger und planmäßige Betten

Träger der Krankenanstalt	Krankenhäuser		planmäßige Betten	
	Anzahl	%	Anzahl	%
öffentlich- rechtliche	1 366	37,6	352 603	55,0
frei- gemeinnützige	1 291	35,5	233 651	36,5
private	978	26,9	54 118	8,5
insgesamt	3 635	100,0	640 372	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen 1966, Stuttgart und Mainz o. J., S. 17.

Dieses größtenteils historisch bedingte Verhältnis der einzelnen Trägergruppen zueinander ist in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich. So wurden 1966 z.B. in Nordrhein-Westfalen etwa 61 % der planmäßigen Betten von freigemeinnützigen Trägern vorgehalten, während beispielsweise in Bayern auf diese Trägergruppe nur ca. 22 % aller

planmäßigen Betten entfielen¹⁾.

2.3.3.2. Determinanten des Angebots

Während sich das private Angebot an Krankenhausleistungen hauptsächlich nach der Höhe des zu erwartenden Gewinns richtet, sind die maßgeblichen Determinanten des Angebots an Krankenhausleistungen der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträger weitgehend nicht-monetärer Natur, wenngleich auch hier die nur begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel das Angebot an Krankenhausleistungen notwendigerweise beschränken. Da ein Marktpreis als Regulativ des Angebots fehlt, können diese Krankenhausträger ihr Angebot nur an Schätzungen des bestehenden und zu erwartenden notwendigen Bedarfs ausrichten. Somit sind bei der Bestimmung des zukünftigen Angebots an Krankenhausleistungen im wesentlichen die gleichen Determinanten zu berücksichtigen, die auch für die Nachfrage relevant sind.

Um in allen Fällen eine ausreichende und zweckmäßige Krankenhausversorgung sicherzustellen, müssen die Determinanten des Angebots und der Nachfrage ständig auf Veränderungen hin überprüft werden. Da das Angebot an Krankenhausleistungen ortsgebunden und relativ starr ist, müssen auftretende oder zu erwartende Änderungen der Bestimmungsfaktoren sogleich in die Überlegungen und Berechnungen mit aufgenommen werden, um somit negative Folgen (Unter- oder Überkapazitäten) für die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser soweit wie möglich zu vermeiden. Die erforderliche Krankenhausplanung muß also besonders flexibel sein.

1) Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, a.a.O., S. 147 ff.

2.3.3.3. Qualität und Quantität des Angebots

Bezüglich des Angebots an stationären Krankenhausleistungen läßt sich wie bei der Nachfrage nach Krankenhausleistungen eine qualitative und eine quantitative Komponente unterscheiden.

Die qualitative Komponente ergibt sich aus der Überlegung, welche Gruppen von Krankheiten bei einem gegebenen Budget mit welcher Behandlungsart und mit welchem Mittel behandelt werden sollen, um ein Höchstmaß an Leistung zu erzielen. Sie bezieht sich also auf den Versorgungsstandard¹⁾ der Krankenhäuser. Die wirtschaftliche Betrachtung setzt da ein, wo aus medizinischer Sicht ein bestimmter ärztlicher und pflegerischer Standard zwar wünschenswert, aber nicht notwendig ist. Hier entsteht für den Ökonomen die Aufgabe, festzustellen, ob und in welcher Weise eine Veränderung des Versorgungsstandards eine Veränderung des Verhältnisses von Kosten und Ergebnis der Krankenhausbehandlung bedingt.

Die quantitative Komponente resultiert aus der Zahl der vorzuhaltenden Krankenhäuser und Krankenhausbetten, die sich aus der zu versorgenden Patientenzahl in Abhängigkeit insbesondere von der Bevölkerungszahl ergeben. Ende 1969 entfielen auf 1000 Einwohner der BRD etwa 11 Betten, womit die BRD zu den bestversorgten Ländern der Erde gehört²⁾.

Die für die stationäre Behandlung erforderlichen Krankenhäuser, deren "mengenmäßiges Leistungspotential"³⁾ man an

1) Zur Erstellung der spezifischen Krankenhausleistungen sind neben dem Krankenhausgebäude mit seiner medizinischen, medizinisch-technischen und wirtschaftlichen Einrichtung und Ausstattung und medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Betriebsmitteln und Werkstoffen vor allem ärztliche, medizinisch-technische und pflegerische sowie Wirtschafts- und Verwaltungsleistungen erforderlich.

2) Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 34 und 36.

3) Vgl. Heinen, Edmund: Betriebswirtschaftliche Kostenlehre, Bd. 1, Wiesbaden 1959, S. 364.

Hand der Zahl ihrer verfügbaren Betten angeben kann, lassen sich - wie bereits dargestellt - in einzelne Leistungsbereiche unterteilen. Innerhalb dieser einzelnen Bereiche läßt sich eine weitere Unterteilung nach Leistungsstellen¹⁾ vornehmen. Da die einzelnen Leistungsbereiche und Leistungsstellen nicht autark sind, wird die Gesamtkapazität eines Krankenhauses durch den Leistungsbereich oder die Leistungsstelle mit der geringsten Leistung (Minimumsektor) bestimmt. Damit ist die Abstimmung der einzelnen Teilkapazitäten²⁾ aufeinander für das Maß der erbringbaren Leistung ebenso wesentlich wie für die Höhe der Krankenhauskosten.

2.3.4. Konsequenzen aus der Unvollkommenheit des Marktes für Krankenhausleistungen

Die bisherigen Erörterungen über Angebot und Nachfrage von Krankenhausleistungen haben gezeigt, daß dieser Markt im ökonomischen Sinne, insbesondere wegen der preisregelnden und wirtschaftslenkenden Eingriffe und Maßnahmen der öffentlichen Hand und wegen des heterogenen Leistungsangebotes, der fehlenden Markttransparenz und der bestehenden Präferenzstrukturen, sehr unvollkommen ist. Zudem wird die Funktionsfähigkeit des Preises als Regulativ dadurch stark eingeschränkt, daß im Krankenhaussektor in der Regel der Bedarfsträger nicht Bedarfsbestimmer und im allgemeinen auch nicht Kaufkraftträger ist. Zwar treten als Nachfrager nach Krankenhausleistungen nach außen viele Patienten auf; abgesehen von den Selbstzahlern ist aber im Normalfall nur die geringe Anzahl der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern zahlungspflichtig. Auch das Angebot an Krankenhausleistungen, bezogen auf ein bestimmtes Einzugsgebiet, wird

1) Z.B. Operations-, Röntgen-, Laborleistungen u.a.m.

2) Zur Frage der optimalen Betriebsgröße und der Abstimmung der einzelnen Teilkapazitäten aufeinander vgl. Abschn. 3.3.2. der vorliegenden Arbeit.

nur von einigen wenigen, oft sogar nur von einem einzigen Krankenhaus gestellt. Da sich auf der Nachfrageseite die Krankenkassen und auf der Angebotsseite die Krankenhäuser in der Regel zu regionalen Verbänden zusammenschließen, ist der Markt für Krankenhausleistungen vielfach durch oligopolistische, teilweise sogar durch monopolistische Strukturen gekennzeichnet¹⁾.

Die obigen Erörterungen haben weiterhin gezeigt, daß Angebot und Nachfrage von Krankenhausleistungen keineswegs isoliert betrachtet werden dürfen, da sie sich gegenseitig beeinflussen. "It is frequently stated, with considerable supporting evidence, that when available hospital beds increase, *ceteris paribus*, doctors tend both to hospitalize patients more readily and also to keep them in for longer periods. In its extreme form, this argument amounts to a Say's Law for hospital beds; i. e., supply creates its own demand."²⁾ Demzufolge soll also bei Zunahme der zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten eine Tendenz zur Erhöhung der Einweisungshäufigkeit und zur Verlängerung der Verweildauer bestehen. Auf deutsche Krankenhausverhältnisse ist ein solcher Zusammenhang bisher weder nachgewiesen noch widerlegt worden. Es spricht beim gegenwärtigen Finanzierungssystem jedoch einiges dafür, daß eine solche Tendenz bei einweisenden und behandelnden Ärzten besteht. Auf der anderen Seite ist nicht auszuschließen, daß in einigen Fällen das Angebot an Krankenhausbetten lediglich einer bereits bestehenden Nachfrage angepaßt wird. Treffen jedoch die Ermittlungen von R e d e r zu, dann wäre es völlig verfehlt, wenn man von einem gegebenen Auslastungsgrad auf die Dringlichkeit zusätzlicher Betten und Krankenhäuser schließen würde. Um jeglichen eigenwirtschaftlichen Anreiz einer medizinisch nicht erforderlichen Verlängerung der Verweildauer zu nehmen, muß daher vor allem das gegenwärtige Finanzierungssystem geändert werden.

1) Bei Pflegesatzverhandlungen steht im allgemeinen ein Sozialversicherungsverband einem Krankenhausverband (regionale Krankenhausarbeitsgemeinschaft oder Landeskrankenhausesellschaft) gegenüber, während über Arzthonorare in der Regel ein Sozialversicherungsverband mit einem Ärzteverband verhandelt.

2) Reder, Melvin W.: Some Problems in the Economics of Hospitals, in: The American Economic Review, Papers and Proceedings, Vol. LV, No. 2, May 1965, p. 474.

3. Die Kosten der Krankenhäuser

Jedem Unternehmen sind bei der Leistungserstellung langfristig zwei bestimmte Grenzen gesetzt: die Kosten und die Preise. Diese Grenzen sind auch für die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser von entscheidender Bedeutung; denn die bedarfswirtschaftliche Disposition der Krankenhäuser entbindet diese nicht von einer wirtschaftlichen Betriebsführung.

Während auf die Preise im Zusammenhang mit der Finanzierung der Krankenhäuser eingegangen werden soll¹⁾, seien hier zuvor die Kosten der Krankenhäuser erörtert. Die Kenntnis der Krankenhauskosten ist nämlich für jeden theoretischen Ansatz und für jeden praktischen Versuch, die auf die Senkung dieser Kosten und/oder auf eine Kostendeckung der Krankenhäuser abzielen, eine unabdingbare Voraussetzung. Dabei kommt es hier weniger auf eine Untersuchung der Grundsätze der betriebswirtschaftlichen Kostenlehre und ihre Anwendung auf Krankenhäuser als vielmehr auf eine weitgefaßte Analyse der Kostensituation der Krankenhäuser an.

3.1. Der Kostenbegriff im Krankenhaus

Allgemein läßt sich mit S c h m a l e n b a c h zunächst feststellen, daß "nicht alles, was etwas gekostet hat , " Kosten sind²⁾. Vielmehr wird in der Betriebswirtschaftslehre, abweichend vom allgemeinen Sprachgebrauch, unter Kosten der in Geld bewertete Güterverbrauch (Gütermenge x Güterpreis) zur Erstellung der betrieblichen Leistung³⁾ verstanden,

1) Vgl. Teil 4 der vorliegenden Arbeit.

2) Vgl. Schmalenbach, Eugen: Kostenrechnung und Preispolitik, 8., erw. und verb. Aufl., bearb. von Richard Bauer, Köln und Opladen 1963, S. 6.

3) Zu den betrieblichen Leistungen eines Krankenhauses vgl. Teil 2 dieser Arbeit.

während der Verbrauch aller Güter in einem Betrieb innerhalb eines bestimmten Zeitraums als Aufwand bezeichnet wird¹⁾. Kosten und Aufwand können sich demnach entsprechen, nach dem Umfang, der Bewertung und/oder der Zweckbestimmung können sie jedoch voneinander abweichen. Somit läßt sich auch im Krankenhaus in aufwandsgleiche Kosten oder kostengleichen Aufwand (z.B. Löhne, Gehälter, medizinischer Sachbedarf), in kostenverschiedenen Aufwand²⁾ (z.B. Freiliche) und in aufwandsverschiedene Kosten³⁾ (z.B. kalkulatorische Abschreibungen, kalkulatorischer Unternehmerlohn) unterscheiden.

3.1.1. Betriebliche Kosten

Die betrieblichen Kosten⁴⁾ eines Krankenhauses, oft auch Gesamtkosten genannt, die bei der Erstellung der spezifischen Krankenhausleistungen anfallen, setzen sich aus einer Vielzahl verschiedener Kostenarten zusammen. Das Selbstkostenblatt für die Pflegesatzermittlung laut Bundespflegesatz-Verordnung sieht folgende Kostenartengliederung vor⁵⁾:

- I. Personalkosten: Ärztlicher Dienst
 Pflegedienst
 Med.-techn. Dienst

-
- 1) Vgl. etwa Gutenberg, Erich: Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, Bd. I, Die Produktion, 5. Aufl., Berlin, Göttingen, Heidelberg 1960, S. 228 ff.; Kosiol, Erich: Kostenrechnung und Kalkulation, Berlin 1969, S. 20 ff.; Mellerowicz, Konrad: Kosten und Kostenrechnung, Bd. 1, Theorie der Kosten, 4., durchges. Aufl., Berlin 1963, S. 3 ff.
 - 2) Auch neutraler (außerordentlicher oder betriebsfremder) Aufwand genannt.
 - 3) Auch Zusatzkosten oder kalkulatorische Kosten genannt.
 - 4) Der Begriff betriebliche Kosten (als Pendant zu den volkswirtschaftlichen Kosten) ist nicht zu verwechseln mit dem Begriff Betriebskosten (als Pendant zu den Investitionskosten).
 - 5) Vgl. Selbstkostenblatt für die Pflegesatzermittlung lt. VO PR Nr. 7/54, abgedruckt in: Gehrt, Maria und Schöne, Heinz: Bundespflegesatz-Verordnung, Kommentar, 2., überarb. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966, S. 77 f.

Klinisches Hauspersonal
Wirtschaftsdienst
Instandhaltungsdienst
Verwaltungsdienst
Sonderdienste

II. Sachkosten: Lebensmittel

Medizinischer Bedarf
Wasser, Energie, Brennstoffe
Wirtschaftsbedarf
Verwaltungsbedarf
Miete und Pacht
Steuern, Abgaben, Versicherungen
Lfd. Instandhaltung, kurzlebiger Ersatz
Abschreibungen
Anpassungsrückstellungen
Sonstiges

III. Zinsen für Fremdkapital

Die Höhe der einzelnen Kostenarten wird durch den jeweiligen zur Erstellung der spezifischen Krankenhausleistungen erforderlichen Faktorverbrauch bestimmt, der seinerseits in besonderem Maße von der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung, der Größe und der qualitativen Ausstattung des Krankenhauses, von der Art und dem Umfang der Versorgung, von der Schwere der Krankheit, von der Einweisungshäufigkeit, von der Verweildauer und von dem Belegungsgrad abhängt¹⁾.

Nach A d a m teilen sich die Gesamtkosten eines Krankenhauses in der BRD im Durchschnitt folgendermaßen auf:

1) Die wichtigsten dieser Einflußfaktoren werden im Abschn. 3.3.1. erörtert.

Tabelle 2: Anteile einzelner Kostenarten an den Gesamtkosten

Kostenarten	Anteil an den Gesamtkosten in %
Personalkosten	60,0
Lebensmittel	12,5
Medizinischer Bedarf	9,5
Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf, Steuern und Versicherungen	5,0
Instandhaltung, lfd. Abschreibungen	12,5
Zinsen für Fremdkapital	0,5
Gesamtkosten	100,0 %

Quelle: Adam, Wilhelm: Das deutsche Krankenhauswesen, in: Wirtschaftsprüfer im Dienst der Wirtschaft. Festschrift für Ernst Knorr, Düsseldorf 1968, S. 344.

Auffallend ist der hohe Anteil der Personalkosten¹⁾. Gegenüber der Tabelle 2 hat sich in den letzten 3 Jahren der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten weiter erhöht. So werden heute schon von den Preisbildungsstellen generell 65 % als Personalkosten angesetzt. Dieser Anteil dürfte künftig auf Grund des relativ stärkeren Anstiegens der Personalkosten im Vergleich zu anderen Kostenarten noch weiter zunehmen. In den USA und Schweden beträgt er heute schon über 70 %²⁾.

1) Vgl. auch Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, a.a.O., S. 119; Eichhorn schätzt den Anteil der Personalkosten auf 50 - 60 %.

2) Vgl. Scholer, Hans: Zur Wertung des Trends in der Krankenhausmedizin aus der Sicht eines Vorstandsmitgliedes der Europäischen Vereinigung leitender Krankenhausärzte, in: Der Krankenhausarzt, 44. Jg., Karlsruhe 1971, S. 468 und Wiklund, P. E.: Entwicklung der Kosten im schwedischen Gesundheitswesen, in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg., Karlsruhe 1970, S. 525.

3.1.1.1. Fixe und variable Kosten

Die in einem Krankenhaus auftretenden Kostenarten, die im Selbstkostenblatt für die Pflegesatzermittlung laut Bundespflegesatz-Verordnung unter die Kategorien Personalkosten, Sachkosten und Zinsen für Fremdkapital subsumiert werden, lassen sich auch in fixe und in variable Kosten einteilen. Während die fixen Kosten eines Krankenhauses unabhängig vom Belegungsgrad und damit von der Zahl der geleisteten Pfl egetage sind, ändern sich die variablen Kosten (z.B. der überwiegende Anteil des medizinischen Bedarfs) mit dem Grad der Belegung. Über die Höhe des Teils der fixen und des Teils der variablen Kosten an den Gesamtkosten bestehen unterschiedliche Auffassungen. So wird in den Richtlinien zur Bundespflegesatz-Verordnung¹⁾ der Anteil der Fixkosten an den Gesamtkosten mit 60 - 70 % und der Anteil der variablen Kosten an den Gesamtkosten mit 30 - 40 % angenommen. Dagegen sind einer Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. zufolge etwa 75 - 80 % aller Krankenhauskosten (in Allgemeinen Krankenhäusern) fix und nur 20 - 25 % variabel.

Da ein Krankenhaus in der Regel auch bei Minderbelegung betriebsbereit sein muß - bei kurzzeitiger Minderbelegung kann überzähliges Personal nicht einfach aus Kostenersparnisgründen entlassen werden -, erscheint ein relativ hoher Fixkostenteil wahrscheinlich. Die Höhe dieses Anteils ist nicht zuletzt von der Art des Krankenhauses und von der Qualität der erbrachten Leistungen abhängig.

1) Vgl. Anmerkungen des Bundesministers für Wirtschaft zum Selbstkostenblatt für die Pflegesatzermittlung lt. VO PR Nr. 7/54, abgedruckt in: Gehrt, Maria und Schöne, Heinz: Bundespflegesatz-Verordnung, Kommentar, a.a.O., S. 84.

Tabelle 3: Abhängigkeit der Kosten von der Belegung (kurzfristige Betrachtung)

Kostenarten	davon in %	
	fixe Kosten	variable Kosten
Personalkosten	98	2
Lebensmittel	40	60
Medizinischer Bedarf	5	95
Wasser, Energie, Brennstoffe	98	2
Wirtschaftsbedarf	60	40
Verwaltungsbedarf	80	20
Steuern, Abgaben		
Versicherungen	100	-
Abschreibungen, Instandhaltungen	100	-
Gesamtkosten	75 - 80	20 - 25

Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.): Kosten- und Leistungsstruktur im Allgemeinen Krankenhaus, Düsseldorf 1963, S. 33.

Die fixen Kosten lassen sich auf Grund unterschiedlich grosser konstanter Kapazitäten, bedingt durch die mangelnde Teilbarkeit technischer und/oder dispositiver Faktoren, weiter unterteilen in absolut-fixe (z.B. Kapitalverzinsung und Abschreibungen für Gebäude bei völligem Leerstehen des Krankenhauses) und in intervall-fixe oder Sprungkosten (z.B. Kosten für die Beheizung eines Mehrbettzimmers, die trotz unterschiedlicher Belegung des Zimmers stets in gleicher Höhe anfallen, bei Nichtbelegung aber fortfallen). Während die absolut-fixen Kosten bei jedem Belegungsgrad in gleicher Höhe anfallen, steigen oder fallen bei einer genügend grossen Änderung des Belegungsgrades die intervall-fixen Kosten sprunghaft. Innerhalb des jeweiligen Intervalls sind sie konstant.

Den gesamten Fixkostenblock (absolut-fixe und intervall-fixe Kosten) kann man auch in Nutzkosten und in Leerkosten aufteilen. Diese Unterteilung stammt von Gutenberg¹⁾.

1) Vgl. Gutenberg, Erich: Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, Bd. I, a.a.O., S. 250 ff.

Sie ist auch für Krankenhäuser sinnvoll, da sich mit ihrer Hilfe der Grad der Minderauslastung (Minderbelegung) konstanter Kapazitäten angeben läßt. Bei vollständiger Belegung eines Krankenhauses sind alle fixen Kosten Nutzkosten; bei völligem Leerstehen des Krankenhauses sind dagegen alle fixen Kosten Leerkosten. Während Nutzkosten und Leerkosten also mit dem jeweiligen Belegungsgrad variieren, sind fixe Kosten definitionsgemäß konstant. Das gilt jedoch nur in bezug auf eine bestimmte Kapazität; langfristig können infolge von Betriebsgrößenvariationen alle Kosten variabel sein¹⁾.

Die Unterscheidung der fixen Kosten in absolut-fixe und intervall-fixe Kosten sowie in Nutz- und Leerkosten ist für Krankenhäuser nicht nur aus kostentheoretischer Sicht bedeutungsvoll. Sie ist für Krankenhäuser deshalb auch von praktischer Bedeutung, weil gemäß § 6 Abs. 2 Ziff. 3 der Bundespflegesatz-Verordnung die Mehrkosten infolge nicht nur vorübergehender Minderbelegung eines Krankenhauses nicht zu den Selbstkosten im Sinne dieser Verordnung zählen²⁾. Damit besteht für das betreffende Krankenhaus kein Anspruch auf Erstattung dieser Kosten.

3.1.1.2. Vorhaltungs- und Benutzungs-, Investitions- und Betriebskosten

Im Hinblick auf die gegenwärtige Diskussion darüber, welcher Teil der Gesamtkosten der Krankenhäuser durch öffentliche Mittel finanziert werden soll, ist die Unterscheidung der Krankenhauskosten in Vorhaltungs- und Benutzungskosten

1) Vgl. Mellerowicz, Konrad: Kosten und Kostenrechnung, a.a.O. S. 288 und Schneider, Erich: Theorie der Produktion, Wien 1934, S. 41 sowie Lohmann, Martin: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, 3., durchges. Auflage, Tübingen 1959, S. 55.

2) Eine Minderbelegung im Sinne der Bundespflegesatz-Verordnung wird angenommen, wenn die durchschnittliche Jahresbelegung der ständigen Planbetten weniger als 75 % beträgt.

sowie in investitionsabhängige Kosten und Betriebskosten wesentlich.

Die Verwendung dieser Begriffe im Schrifttum und im sonstigen Sprachgebrauch ist keineswegs einheitlich. So versteht etwa E i c h h o r n¹⁾, der die Kosten der stationären Krankenhausversorgung in Personalkosten, Sachkosten, Abschreibungen, Instandhaltungskosten und Finanzierungskosten unterteilt, unter Vorhaltungskosten "im engeren Sinne" die Summe der Abschreibungen (Kosten der Nutzung des Baues, der Einrichtung und der Ausstattung) und der Instandhaltungskosten (Wartung, Pflege, Generalüberholung, lfd. Instandsetzung, Teilerneuerung)²⁾. Zinsen berücksichtigt E i c h h o r n dagegen bei den Vorhaltungskosten "im weiteren Sinne", die er als Summe der Abschreibungen, Instandhaltungskosten und der Zinsen für die Anlagefinanzierung definiert³⁾.

H e n s e l⁴⁾ erwähnt bei seiner Definition der Vorhaltungskosten, ausgehend vom Begriff der Vorhaltungskosten nach E i c h h o r n, als weitere Kostenarten Anpassungsrückstellungen, Miete und Pacht.

Im Rahmen dieser Arbeit sollen, soweit nichts anderes vermerkt, unter Vorhaltungskosten die Kosten der Betriebsbereitschaft verstanden werden.

Nicht zu verwechseln mit den Vorhaltungskosten sind die Investitionskosten der Krankenhäuser, unter denen die

-
- 1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Was kostet die Vorhaltung von Krankenhäusern? a.a.O., S. 46 und S. 49.
 - 2) Zwischen den Abschreibungen und den Instandhaltungskosten besteht eine weitgehende Abhängigkeit und Austauschbarkeit.
 - 3) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, a.a.O., Fußnote 11 auf S. 101.
 - 4) Vgl. Hensel, Walther: Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 56. Jg., Stuttgart und Köln 1964, S. 363.

Anschaffungs- oder Herstellungskosten der Anlagegegenstände verstanden werden können.

Anders dagegen definiert A d a m¹⁾, nach dem sich die Investitionskosten aus der Summe der Kosten der Errichtung, der Ersatzbeschaffung kurz- und mittelfristig nutzbarer Anlagegüter und der Instandhaltung zusammensetzen. Ebenfalls abweichend vom üblichen betriebswirtschaftlichen Begriff werden die Investitionskosten im Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze definiert²⁾. Danach gehören zu den Investitionskosten die Kosten der Errichtung (Neu-, Um- und Erweiterungsbau) von Krankenhäusern, der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter und der Wiederbeschaffung der Anlagegüter. Als Investitionskosten im Sinne des Gesetzentwurfs sind auch anzusehen die Kosten der Nutzung solcher Wirtschaftsgüter³⁾, die Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten sowie die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten der für Investitionen aufgenommenen Darlehen⁴⁾.

Das Gegenstück zu den Vorhaltungskosten bilden die sog. Benutzungskosten, zu den Investitionskosten die Betriebskosten. Zu den Benutzungskosten zählen demnach all diejenigen Bestandteile

-
- 1) Vgl. Adam, Wilhelm: Licht- und Schattenseiten eines Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes, in: Das Krankenhaus, 62. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970, S. 39.
 - 2) Vgl. Bundestagsdrucksache VI/1874, Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze -KHG- (im folgenden zitiert als BTDr. VI/1874), Bonn, den 25. Februar 1971, § 2 Nr. 2, S. 2. Siehe S. 191 ff. im Anhang dieser Arbeit.
 - 3) Durch diese Bestimmung können die Vorteile des Leasing ohne finanzielle Nachteile für die betroffenen Krankenhäuser in Anspruch genommen werden.
 - 4) Obwohl der hier verwandte Investitionskostenbegriff sich nicht mit dem üblicherweise in der Betriebswirtschaftslehre verwandten Begriff deckt, wird er bei der Erörterung des KHG im 4. Abschnitt der vorliegenden Arbeit zu berücksichtigen sein.

der Gesamtkosten der Krankenhäuser, die nicht zu den Vorhaltungskosten gehören; entsprechendes gilt für das Verhältnis von den Betriebs- zu den Investitionskosten. Wie oben ausgeführt, werden die Begriffe Vorhaltungs- und Investitionskosten sowie Benutzungs- und Betriebskosten von verschiedenen Autoren durchaus unterschiedlich definiert und interpretiert. Bisweilen werden die Begriffe Vorhaltungs- und Benutzungskosten aber auch nur an Stelle der betriebswirtschaftlichen Begriffe Investitions- und Betriebskosten verwandt. Diese unterschiedlichen Definitionen der verschiedenen Kostenbegriffe sind kaum kostentheoretisch begründet, sondern sie richten sich vielfach nur nach der jeweils vertretenen Finanzierungskonzeption und dem daraus resultierenden Teil der Gesamtkosten der Krankenhäuser, der von der öffentlichen Hand getragen werden soll. Je nachdem, ob die öffentliche Hand einen kleinen oder großen Teil der gesamten Krankenhauskosten übernehmen soll, werden die Begriffe Vorhaltungs- oder Investitionskosten enger oder weiter gefaßt¹⁾. Wenn also etwa die Forderung erhoben wird, die öffentliche Hand habe die Vorhaltung von Krankenhäusern zu finanzieren, so ist damit noch keineswegs eindeutig geklärt, welcher Teil der Gesamtkosten von der öffentlichen Hand getragen werden soll. Oft ist zur eindeutigen Kenntlichmachung eine dezidierte Aufzählung einzelner Kostenbestandteile erforderlich. So ist z.B. von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den beteiligten Bundesverbänden der Krankenkassen 1964 eine Liste von Kostenarten ausgearbeitet worden, die die Vorhaltungs- und Benutzungskosten genau gegeneinander abgrenzt²⁾.

-
- 1) Auf diese Weise tauchen in der Diskussion immer wieder "neue" Kostenbegriffe auf, wie etwa der Begriff der "Kosten der Bereitschaft". Diesem Begriff liegt ein Konzept zugrunde, dem zufolge die öffentliche Hand über die Vorhaltungskosten hinaus auch noch Teile der Benutzungskosten übernehmen soll.
 - 2) Vgl. Liebold, Rolf: Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und ihre Ursachen aus der Sicht der Krankenkassen, in: Die Ortskrankenkasse, 46. Jg., Bad Godesberg 1964, Anlage 5 auf S. 359 f.

3.1.2. Volkswirtschaftliche Kosten

Neben den rein betrieblichen Kosten, die in den Betrieben entstehen und auch von den Betrieben getragen werden müssen, verursachen viele Betriebe, auch Krankenhäuser, noch sog. volkswirtschaftliche Kosten oder social costs¹⁾. Diese Kosten zeichnen sich dadurch aus, daß sie nicht im Rechnungswesen des diese Kosten verursachenden Betriebes erscheinen und auch nicht von diesem Betrieb getragen werden, sondern daß sie auf andere Betriebe oder die Allgemeinheit abgewälzt werden. Zu den volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Krankenhäuser verursacht werden, können z.B. die Aufbereitungskosten für verunreinigtes Wasser zählen. Zwar müssen Krankenhäuser wegen der Besonderheiten des Abfallgutes Dekontaminierungsanlagen unterhalten, ansonsten werden die Abwässer aber in das allgemeine Kanalsystem geleitet. Von diesen und weiteren volkswirtschaftlichen Kosten kann hier jedoch abgesehen werden, da an dieser Stelle zunächst nur diejenigen Kosten der Krankenhäuser interessieren, die für das einzelne Krankenhaus eine tatsächliche, direkte Kostenbelastung darstellen. Bei einer Kosten-Nutzen-Analyse müssen dagegen auch die volkswirtschaftlichen Kosten berücksichtigt werden²⁾.

3.2. Die Kostenrechnung im Krankenhaus

Aufgabe der Kostenrechnung eines Krankenhauses ist es, im Rahmen der Betriebsabrechnung die durch die Erstellung der

1) Vgl. Abromeit, Gisela: Volkswirtschaftliche Kosten, Diss., Berlin 1954 und Fritsch, Bruno: Private und volkswirtschaftliche Kosten, in: Probleme der normativen Ökonomik und wirtschaftspolitischen Beratung, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 29, Berlin 1963, S. 211 ff. sowie Jürgensen, Harald: Private und soziale Kosten, in: Probleme der normativen Ökonomik und der wirtschaftlichen Beratung, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 29, Berlin 1963, S. 245 ff.

2) Vgl. Abschn. 5 dieser Arbeit.

Krankenhausleistungen entstehenden Kosten zu erfassen und auf die Kostenstellen zu verteilen und dann im Zuge einer Selbstkostenrechnung den Kostenträgern zuzurechnen. Das geschieht - wie bei anderen Betrieben auch - im wesentlichen mit dem Ziel, durch einen Vergleich der entstandenen Kosten mit den erstellten Leistungen die Wirtschaftlichkeit des Betriebsprozesses kontrollieren und betriebliche Entscheidungen vorbereiten und treffen zu können. Weiter wird dadurch ermöglicht, auf der Grundlage der ermittelten Selbstkosten den Angebotspreis (Pflegesatz) und die Preisuntergrenze für stationäre und ambulante Krankenhausleistungen zu bestimmen. Damit wird die Kostenrechnung zu einer zahlenmäßigen Abbildung des innerbetrieblichen Wirtschaftsgeschehens mit Bezug auf außerbetriebliche Bindungen¹⁾.

3.2.1. Die Betriebsabrechnung

Die Betriebsabrechnung eines Krankenhauses ist derjenige Teil des Rechnungswesens, der als periodenbezogene Kostenrechnung die betrieblichen Krankenhausleistungen abrechnet.

3.2.1.1. Die Kostenartenrechnung

Als Kostenartenrechnung ermittelt die Betriebsabrechnung die Höhe der jeweils in einem bestimmten Zeitraum bei der Leistungserstellung angefallenen Kostenarten (z.B. Personalkosten, Kosten des medizinischen Bedarfs, Lebensmittelkosten, Zinsen für Fremdkapital u.a.m.) eines Krankenhauses. Die Fragestellung der Kostenartenrechnung ist demnach:

Welche Kosten sind angefallen? Zur qualitativen und quantitativen Erfassung und Abgrenzung der verschiedenen Kostenarten eines Krankenhauses empfiehlt sich die Aufstellung

1) Vgl. Kosiol, Erich: Kostenrechnung und Kalkulation, a.a.O., S. 8.

eines Kostenartenplanes¹⁾, dessen Gliederungsbreite und -tiefe sich vor allem nach der Art und Größe des jeweiligen Krankenhauses und dem gewünschten Genauigkeitsgrad der Kostenabgrenzung und Kostenkontrolle richten muß. Um die Aussagefähigkeit von Betriebsvergleichen nicht zu mindern, dürfen Inhalt und Umfang einzelner Kostenarten nur bei zwingenden Gründen geändert werden. Eine Änderung wird wenig geboten sein, weil hinsichtlich der auftretenden Kostenarten gemeinhin keine allzu großen Unterschiede zwischen einzelnen Krankenhäusern zu Tage treten. Erheblich allerdings sind die Differenzen in der Kostenhöhe, was vor allem auf die unterschiedlichen Leistungsniveaus und nicht zuletzt auch auf die unterschiedliche Betriebsführung zurückzuführen ist.

3.2.1.2. Die Kostenstellenrechnung

Als Kostenstellenrechnung verteilt die Betriebsabrechnung die einzelnen Kostenarten auf verschiedene Kostenbereiche oder Kostenstellen eines Krankenhauses, also z.B. auf den Behandlungsbereich, den Pflegebereich, den Wirtschafts- und Versorgungsbereich und den Verwaltungsbereich. Die Verteilung der Kostenarten auf die Kostenbereiche oder Kostenstellen kann entweder tabellarisch mit Hilfe eines Betriebsabrechnungsbogens (BAB) oder buchhalterisch mit Hilfe von Kontenplänen durchgeführt werden. Für die Kostenstellenrechnung in buchhalterischer Form

1) Als Grundlage eines solchen Kostenartenplanes könnte etwa eine Fortentwicklung des Krankenhaus-Einheits-Kontenplanes dienen. Vgl. Studienstiftung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V. (Hrsg.): Krankenhaus-Einheits-Kontenplan, Kulmbach 1961, S. 59 ff. Im Selbstkostenblatt für die Pflegesatzermittlung lt. VO PR Nr. 7/54, abgedruckt in: Gehrt, Maria und Schöne, Heinz: Bundespflegesatz-Verordnung, Kommentar, a.a.O., S. 77 findet sich eine ähnliche Gliederung der Kostenarten.

sind bei kaufmännischer Buchführung die Kontenklassen 5 und 6 vorgesehen. In der Regel wird jedoch ein BAB verwandt.

Zur besseren Übersicht und größeren Genauigkeit kann man die Kostenbereiche in Hauptkostenstellen, Nebenkostenstellen und Hilfskostenstellen untergliedern. Während Haupt- und Nebenkostenstellen Endkostenstellen sind, sind Hilfskostenstellen Vorkostenstellen, deren Kosten auf die Haupt- und/oder Nebenkostenstellen weiterverrechnet werden. Die Gliederungsbreite und -tiefe der unterschiedlichen Kostenstellen sollte dabei den organisatorischen Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhausbetriebes Rechnung tragen. Als Hauptkostenstellen könnte man je nach Größe des Krankenhauses z.B. einzelne Kliniken oder einzelne Krankenhausabteilungen, gegebenenfalls nach Pflegeklassen unterteilt, einrichten. Nebenkostenstellen sind Kostenstellen, die aus medizinischer Sicht eine Unterstützungsfunktion in Bezug auf die Hauptkostenstellen haben; in Betracht kommen Institute, Laboratorien, Beratungsstellen u.a.m. Hilfskostenstellen sind Kostenstellen, die die Erstellung der spezifischen Krankenhausleistungen vor allem in wirtschaftlicher, verwaltungsmäßiger und technischer Hinsicht gewährleisten; dazu gehören z.B. Verwaltung, Küche, Wäscherei. Je nach Bedarf lassen sich die Hilfskostenstellen weiter unterteilen in Hilfskostenstellen der Behandlung, der Pflege, der Versorgung und der Verwaltung.

Obwohl für die Festsetzung oder Genehmigung der Pflegesätze in der 3. Pflegeklasse ein Nachweis der durch die stationäre Behandlung in dieser Klasse angefallenen Kosten erforderlich ist, wird selbst heute noch in den meisten Krankenhäusern keine Kostenstellenrechnung durchgeführt. Dadurch ist eine exakte und rechnungsmäßig getrennte Erfassung der auf die einzelnen Pflegeklassen entfallenden Kosten nur sehr bedingt möglich. Auf diese Weise begeben sich diese Krankenhäuser eines wichtigen Instruments der Wirtschaftlichkeitskontrolle.

3.2.2. Die Selbstkostenrechnung

Die Selbstkostenrechnung dient, wie die Betriebsabrechnung, in erster Linie als Grundlage für dispositive Maßnahmen. Im Gegensatz zur Betriebsabrechnung ist sie jedoch eine stück - bezogene Kostenrechnung. Sie beantwortet die Frage, w o f ü r Kosten entstanden sind, indem sie - aufbauend auf der Kostenarten- und Kostenstellenrechnung - als Kostenträgerrechnung die Kosten den einzelnen Leistungen oder Leistungseinheiten zurechnet¹⁾. Soll etwa die Gesamtleistung eines Krankenhauses beurteilt werden, so sind die Gesamtkosten des Krankenhauses auf den Pflege-tag als Leistungseinheit - gegebenenfalls nach Klassen differenziert - zu beziehen. Soll dagegen die Leistung einer bestimmten Kostenstelle, z.B. der Wäscherei, beurteilt werden, so dient die spezifische Leistung dieser Kostenstelle als Bezugsgröße, also etwa das kg Schmutzwäsche.

3.2.2.1. Die Krankenhaus-Selbstkosten

Die Ermittlung der Selbstkosten der Krankenhäuser ist zur Bestimmung der tatsächlichen Kostenbelastung des gesamten Betriebes und der genauen Kosten einer Leistungseinheit sowie für die Kalkulation erforderlich. Bemerkenswerterweise wird im Krankenhaus jedoch nicht der übliche betriebswirtschaftliche Selbstkostenbegriff zugrundegelegt. Es muß vielmehr zwischen betriebswirtschaftlichen und "Verordnungs-Selbstkosten" unterschieden werden; denn von den betriebswirtschaftlich ermittelten Selbstkosten der Krankenhäuser gelten vor allem aus wirtschafts-, gesundheits- und sozialpolitischen Gründen nur bestimmte Kostenarten als für die Sozialversicherungsträger erstattungspflichtig. So werden

1) Die Selbstkostenrechnung kann als Vor- oder als Nachkalkulation durchgeführt werden. Die Vorkalkulation gewinnt in dem Maße an Bedeutung, als die Pflegesätze der Krankenhäuser auf der Grundlage pauschalierter Gruppennormkosten ermittelt werden.

die Selbstkosten der Krankenhäuser nach der Bundespflege-
satz-Verordnung in folgender Weise ermittelt¹⁾:

- Personalkosten (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, med.-
techn. Dienst u.a.m.)
- + Sachkosten (Medizinischer Bedarf, Lebensmittel, Energie,
Abgaben u.a.m.)
 - + Zinsen für Fremdkapital
 - + Kostenänderungen (Kostenänderungen gegenüber den dem Selbst-
kostenblatt zugrunde liegenden durch-
schnittlichen Zahlen eines abgeschlos-
senen Zeitraums)

Brutto-Gesamtkosten

- Erlöse (Verkauf von Abfällen, Beköstigung von Gästen u.a.m.)
- Kostenabzüge (Kosten für wissenschaftliche Forschung und
Lehre; Aufwendungen, die nicht unmittelbar
der stationären Krankenversorgung dienen
u.a.m.)
- Zuschüsse (Zuschüsse, die in öffentlichen Haushalten
ausgewiesen sind)

Netto-Gesamtkosten bei Ist-Belegung

- Abzüge für Minderbelegung

Basiskosten für Pflegesatzberechnung (Netto-Gesamtkosten)

- Kosten der 1. und 2. Pflegeklasse
- Erlöse aus Nebenleistungen der 3. Pflegeklasse

Verordnungs-Selbstkosten netto

Bei der Anwendung der Bundespflegegesetz-Verordnung werden die
Personal-, Sach- und Kapitalkosten allerdings nur soweit als
Selbstkosten berücksichtigt, als sie bei "sparsamer Wirtschafts-
führung" entstehen²⁾. Darüber hinaus ist ein Betrag von den
entstandenen Selbstkosten in Abzug zu bringen, der den herkömm-
lich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüssen³⁾ entspricht.

1) Vgl. Gehrt, Maria und Schöne, Heinz: Bundespflegegesetz-Ver-
ordnung, Kommentar, a.a.O., S. 77f.

2) Vgl. § 6 Abs. 1 der Bundespflegegesetz-Verordnung.

3) Als Bemessungsgrundlage dienen die Betriebszuschüsse der
letzten fünf Jahre vor der Festlegung oder Genehmigung
der Pflegesätze.

Zu den Selbstkosten im Sinne der Bundespflegesatz-Verordnung gehören auch:

- Zinsen für Fremdkapital in tatsächlicher Höhe (aber höchstens mit dem marktüblichen Zinssatz erststelliger Hypotheken der öffentlich-rechtlichen Kreditanstalten),
- Absetzungen für Abnutzung (Abschreibung) der Anlagegüter in angemessener Höhe¹⁾,
- "Anpassungsrückstellungen"²⁾ im Hinblick auf die Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Methoden.

Als Verordnungs-Selbstkosten finden dagegen keine Berücksichtigung:

- Zinsen für Fremdkapital, soweit es zur Beseitigung von Kriegsschäden oder zur Deckung eines Nachholbedarfs aufgenommen wurde oder soweit es für Einrichtungen verwandt wird, die nicht den Benutzern der 3. Pflegeklasse dienen,
- Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, soweit sie nicht zu einem normalen Krankenhausbetrieb gehören,
- Mehrkosten aufgrund von dauernder Unterbelegung,
- Aufwendungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen,
- Zinsen für eingesetztes Eigenkapital,
- Tilgungsbeträge für Fremdkapital.

Die nach der Bundespflegesatz-Verordnung ermittelten Selbstkosten spiegeln demnach die tatsächliche Kostensituation

- 1) Zur Ermittlung von Absetzungen für Abnutzung auf der Grundlage von Anschaffungs- oder Wiederbeschaffungswerten fehlt den meisten Krankenhäusern eine entsprechende Anlagenbuchführung. In der Praxis sind deshalb meist Pauschalwerte zugelassen, die in den einzelnen Bundesländern teilweise recht unterschiedlich sind.
- 2) Richtig wäre hier der Begriff Anpassungsrücklagen. Zur Unterscheidung zwischen Rücklagen und Rückstellungen vgl. etwa Wöhe, Günter: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, a.a.O., S. 572 ff.

der Krankenhäuser nur bedingt wider, zumal die Höhe der nach dieser Verordnung zulässigen Selbstkosten noch durch zwei Schranken limitiert wird: Einmal sind nach § 6 Abs. 1 von den nach den Vorschriften der Verordnung berechtigten Selbstkosten die herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse in Abzug zu bringen; zum anderen muß nach § 2 Abs. 4 bei der Genehmigung oder Festsetzung von Pflegesätzen auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger berücksichtigt werden¹⁾.

3.2.2.2. Kalkulationsverfahren

Zur Verrechnung der Kosten auf die Leistungseinheit Pflegetag bedient man sich im Krankenhaus am häufigsten des sog. Vergleichstagesverfahrens, einer Divisionsrechnung mit Äquivalenzziffern²⁾. Dieses Verfahren ist immer dann anwendbar, wenn die erstellten Leistungen (hier z.B. die Pflegetage in den einzelnen Klassen getrennt nach Erwachsenen und Kindern) zwar nicht einheitlich sind, aber in einem festen Kostenverhältnis zueinander stehen.

Während man bei der einfachen Divisionsrechnung lediglich die gesamten Kosten einer Periode (eines Abrechnungszeitraumes) durch die gesamten, innerhalb dieser Periode erstellten Leistungseinheiten dividiert, macht man bei der Divisionsrechnung mit Äquivalenzziffern zunächst die verschiedenen Leistungen durch Multiplikation der erstellten Mengen der verschiedenen Leistungen mit entsprechenden Äquivalenzziffern (Kostengewichten) kostenmäßig gleichartig. Dabei

1) Zu den Folgen solcher Bestimmungen vgl. Abschn. 4.2.1. dieser Arbeit.

2) Zu den verschiedenen Verfahren der Kalkulation vgl. Wöhe, Günter: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, a.a.O., S. 680 ff. und Kosiol, Erich: Kostenrechnung und Kalkulation, a.a.O., S. 197ff. Danach kann die Zurechnung der Kosten im Prinzip auf 2 Arten geschehen: einmal mit Hilfe einer Divisionsrechnung, zum anderen durch eine Zuschlagsrechnung.

sind die Umrechnungsfaktoren für die 1. Pflegeklasse mit 2 und für die 2. Pflegeklasse mit 1,5 preisrechtlich vorgeschrieben¹⁾. Die Anzahl der Vergleichstage eines Krankenhauses erhält man bei einer solchen Rechnung aus der Summation der mit dem Multiplikator 1 multiplizierten Pflegetage der 3. Pflegeklasse, der mit 1,5 multiplizierten Pflegetage der 2. Pflegeklasse und der mit 2 multiplizierten Pflegetage der 1. Pflegeklasse. Die Gesamtkosten des Abrechnungszeitraumes dividiert man dann durch die gegenüber den Pflegetagen höhere Anzahl von Vergleichstagen (kostengleiche Pflegetage), die der Summe aller mit Hilfe der Umrechnung gleichartig gemachten Leistungseinheiten entsprechen. Dadurch erhält man einen auf den Vergleichstag entfallenden Kostenanteil, der niedriger ist als der auf den Pflegetag entfallende Kostenanteil. Die Gesamtkosten für die 1. und die 2. Pflegeklasse ergeben sich dann, indem man die Vergleichstage der 1. und der 2. Pflegeklasse mit den errechneten Kosten je Vergleichstag multipliziert. Setzt man von den Gesamtkosten die so errechneten Kosten der 1. und 2. Pflegeklasse ab, so erhält man als Residuum die Kosten der 3. Pflegeklasse. Diese Kosten lassen sich auf Erwachsene, Kinder und Neugeborene sowie auf Sozialversicherte und auf Selbstzahler der 3. Pflegeklasse aufschlüsseln.

Bei diesem Verfahren ist jedoch das Verhältnis der Multiplikatoren zueinander sehr umstritten²⁾. Während die Vertreter

1) Demzufolge wird unterstellt, daß die Kosten der 1. und 2. Pflegeklasse das 2-fache bzw. 1,5-fache der Kosten der 3. Pflegeklasse ausmachen.

2) Vgl. Schlieder, Werner: Die Selbstkostenermittlung der Krankenanstalten, 3. Aufl., Göttingen 1969, S. 33, der allerdings der Ansicht ist, daß die gegenwärtige Relation der Multiplikatoren richtig bestimmt ist.

der Krankenhäuser der Meinung sind, daß die gegenwärtigen Werte (Verhältnis der Multiplikatoren 1 : 1,5 : 2) für die 1. und 2. Pflegeklasse überhöht sind, wodurch die Erlöse in diesen Klassen einen Teil der Kosten der 3. Pflegeklasse abdecken, sind die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherungen der Meinung, daß die tatsächlichen Werte der Multiplikatoren für die 1. und die 2. Pflegeklasse sogar noch höher sein müßten. Eine Untersuchung von K i h m u.a.¹⁾ läßt allerdings den Schluß zu, daß die bisher verwandten Werte der Multiplikatoren für die 1. und die 2. Pflegeklasse überhöht sind. Dieser Untersuchung zur Folge - sie basiert auf den Zahlenangaben von 20 Krankenhäusern verschiedener Größe und Trägerschaft in vier Bundesländern mit über 16 000 Betten und rd. 5 Mill. Pflegetagen - wäre ein Verhältnis der Multiplikatoren von 1 für die 3. Pflegeklasse, 1,15 für die 2. Pflegeklasse und 1,4 für die 1. Pflegeklasse sachgerecht. Das bedeutet, daß die Benutzer der 1. und der 2. Pflegeklasse gegenwärtig tatsächlich einen Teil der Kosten der 3. Pflegeklasse mittragen.

3.2.2.3. Kalkulationskonzeptionen

Während sich die Kalkulationsverfahren mit dem Zuordnungsproblem Kosten - Leistungseinheit befassen, geben die verschiedenen Kalkulationskonzeptionen Aufschluß darüber, welche Kosten bei der Kalkulation berücksichtigt werden sollen. Zwei Prinzipien sind es, die gemeinhin die Kalkulation des Angebotspreises bestimmen: das Prinzip der Gewinnerzielung und das Prinzip der Kostendeckung. Die Anwendung des Prinzips der Gewinnerzielung würde für Krankenhäuser bedeuten, daß die Pflegesätze so bemessen sind, daß Gewinne entstehen können.

1) Vgl. Kihm, Kurt L. u.a.: Die Relation der Krankenhauskosten, 1., 2. und 3. Pflegeklasse, Detmold 1970, S. 35 ff.

Dies trifft nur für die privaten Krankenhäuser sowie bedingt für die 1. und die 2. Pflegeklasse der freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser zu; bei letzteren soll dadurch das Defizit der 3. Pflegeklasse ganz oder teilweise abgedeckt werden. Ansonsten sind freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser als bedarfswirtschaftlich-gemeinnützig orientierte Unternehmen nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet. Für diese Unternehmen ist das Prinzip der Kapitalerhaltung vorrangig, wonach die Pflegesätze für stationäre Krankenhausleistungen die zur Leistungserstellung aufgewendeten Kosten abdecken müssen. Da die Krankenhäuser ihren "Absatzpreis" für stationäre Krankenhausleistungen in der 3. Pflegeklasse aber nicht selbst festsetzen können¹⁾, dient die Kalkulation der Krankenhäuser in diesem Fall der Ermittlung der Preisuntergrenze. Dazu wird nach Vollkostenkalkulation ermittelt, wie hoch der Pflegesatz sein muß, damit die Gesamtkosten der Erstellung der Krankenhausleistungen gedeckt sind (Ermittlung der langfristigen Preisuntergrenze), oder nach Teilkostenkalkulation festgestellt, welcher Pflegesatz nur noch bestimmte Kosten, z.B. die variablen Kosten, deckt (Ermittlung einer kurzfristigen Preisuntergrenze). Bei der Teilkostenrechnung werden demnach bestimmte Kostenarten trotz ihres Entstehens bei der Preissetzung nicht in Ansatz gebracht. Für die Krankenhäuser ist aber bei langfristiger Analyse die Vollkostenrechnung maßgebend, denn nur in Ausnahmesituationen und nur für kurze Zeit können Krankenhäuser auf eine volle Kostendeckung verzichten, ohne daß ihre Substanz angegriffen würde. Dadurch könnte die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen in Frage gestellt werden.

1) Die von den Krankenhäusern ermittelten "Verordnungs-Selbstkosten" dienen den Preisbehörden lediglich als Grundlage für die Festsetzung des Pflegesatzes in der 3. Pflegeklasse.

3.3. Der Kostenverlauf im Krankenhaus, Beeinflussungsmöglichkeiten und Entwicklungstendenzen

Die Ermittlung des Kostenverlaufs in den Krankenhäusern sowie das Wissen um Beeinflussungsmöglichkeiten und um die zukünftige Entwicklung der Krankenhauskosten sind sowohl aus einzel- als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht besonders im Hinblick auf das jeweils praktizierte oder angestrebte System der Krankenhausfinanzierung von Bedeutung. Denn nur die Kenntnis dieser Faktoren kann eine Senkung der Krankenhauskosten oder doch eine Dämpfung ihres Anstiegs und eine völlige Kostendeckung ermöglichen.

3.3.1. Kostenbestimmungsfaktoren und Kostenverlauf¹⁾

Bislang liegen in der BRD keine Kostenanalysen für Krankenhäuser vor, aus denen sich ein allgemeingültiger Kostenverlauf auf der Grundlage umfassender Untersuchungen der verschiedenen Kostenbestimmungsfaktoren nach Art und Umfang ableiten ließe. Es existieren zwar vereinzelte Kostenuntersuchungen für einzelne Krankenhäuser, diese können jedoch nur sehr bedingt als repräsentativ angesehen werden, da sie in erster Linie die spezifische Kostensituation des jeweils untersuchten Krankenhauses widerspiegeln. Art und Umfang der verschiedenen Kostenbestimmungsfaktoren können jedoch von Krankenhaus zu Krankenhaus durchaus unterschiedlich sein. Dennoch scheint auf Grund der Kostenrechnungen einzelner Krankenhäuser und den Ermittlungen des Deutschen Krankenhausinstituts e.V.²⁾ zufolge für die stationäre Behandlung in den

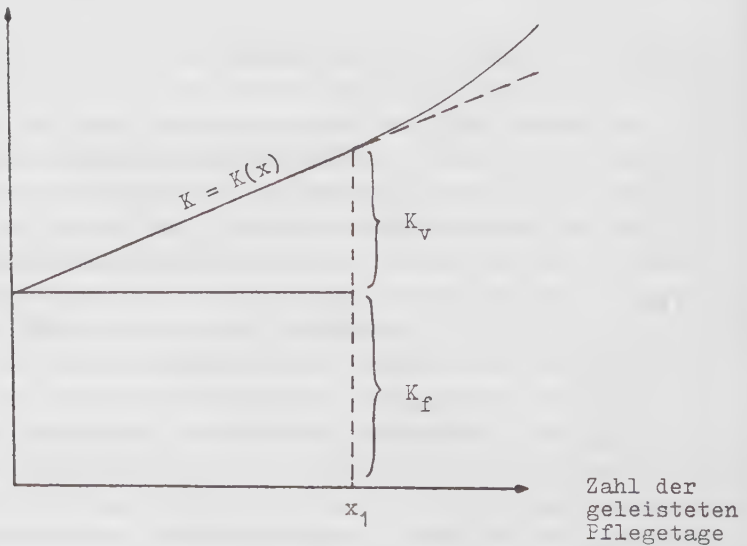
1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Kostenanalyse im Krankenhaus, in: Zeitschrift für handelswissenschaftliche Forschung, N. F., 9. Jg., Köln und Opladen 1957, S. 197 ff. sowie Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.): Kosten- und Leistungsstruktur im Allgemeinen Krankenhaus, a.a.O. und Kress, Karl Peter: Die Leistungsfunktion des Krankenhauses in betriebswirtschaftlicher Sicht, a.a.O., S. 162 ff.

2) Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.): Kosten- und Leistungsstruktur im Allgemeinen Krankenhaus, a.a.O., S. 36.

meisten Krankenhäusern ein linearer Kostenverlauf wahrscheinlich. Selbst bei einer Überbelegung durch zusätzlich aufgestellte Betten dürfte der Gesamtkostenverlauf eines Krankenhauses nur einen schwach progressiven Verlauf aufweisen. Graphisch lassen sich die Gesamtkosten eines Krankenhauses in Abhängigkeit von der Anzahl der geleisteten Pfl egetage als Leistungseinheit demnach folgendermaßen darstellen:

Abb. 5: Gesamtkosten eines Krankenhauses

Gesamtkosten



K = Gesamtkosten

K_v = variable Kosten

K_f = fixe Kosten

x_1 = Zahl der geleisteten Pfl egetage
bei einem Belegungsgrad von 90 %

Hinsichtlich der Leistungseinheit: Pflegeetag ist zu berücksichtigen, daß je nach Art und Umfang der erbrachten medizinischen und pflegerischen sowie Versorgungs- und Verwaltungsleistungen Unterschiede zwischen den Pflegeetagen verschiedener Krankenhausabteilungen und Unterschiede innerhalb einer Abteilung im Zeitablauf auftreten können. Immerhin kann man mit gewissen Vorbehalten und Einschränkungen für die Gesamtheit aller Abteilungen eines Krankenhauses und damit für ein Krankenhaus insgesamt einen "Durchschnittspflegeetag" als Leistungseinheit bestimmen. Bei zwischenbetrieblichen Kostenvergleichen verschiedener Krankenhäuser sind jedoch die in unterschiedlichen Pflegeetagen zum Ausdruck kommenden unterschiedlichen Leistungen und die daraus resultierenden unterschiedlichen Kosten besonders zu beachten.

Angesichts der Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit der Kostenbestimmungsfaktoren im Krankenhaus bieten sich verschiedene Kriterien an, nach denen sich diese Faktoren gliedern lassen. So ist etwa eine Unterteilung in medizinische und in nicht-medizinische Kostenbestimmungsfaktoren oder, je nach Kostenart, eine Unterteilung in Personal-, Sach- und Anlage-nutzungskosten und in Zinsen möglich. Eine von Eichhorn¹⁾ durchgeführte Analyse der Kosten führte zu dem Ergebnis, daß die Kosten der stationären Behandlung im Krankenhaus, von der Einsatzseite her gesehen, von der Quantität, der Qualität und den Preisen der Einsatzfaktoren (Betriebsmittel-, Personal- und Sachgütereinsatz), von den im Krankenhaus praktizierten Behandlungsmethoden, von der Verweildauer, von der Belegung und von der Betriebsgröße des Krankenhauses determiniert werden. Von der Leistungsseite her gesehen ergibt sich eine Abhängigkeit der Kosten von den zu behandelnden Krankheitsarten sowie von der Art und dem Umfang

1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Kostenanalyse im Krankenhaus, a.a.O., S. 213.

der Betreuung und Versorgung der Patienten. Außer diesen Faktoren lassen sich weitere medizinische und nicht-medizinische Bestimmungsgrößen¹⁾ nennen, etwa Standortfaktoren oder auch soziologische Faktoren, die direkt oder indirekt Einfluß auf die Höhe der Kosten im Krankenhaus haben.

Eine besonders große Bedeutung als Kosteneinflußfaktor kommt - neben den Krankheitsarten, den Behandlungsmethoden und der Belegung - insbesondere der Verweildauer zu. Diese Bedeutung der Verweildauer resultiert hauptsächlich aus der gegenwärtigen Kosten- und Erlössituation der Krankenhäuser. Während die Erlöse der Krankenhäuser je Pfl egetag infolge einer pfl egetagproportionalen Leistungsabrechnung²⁾ konstant bleiben, sinken bei zunehmender Verweildauer aufgrund der absolut-fixen und intervall-fixen Kosten je Patient³⁾ die Kosten je Patient und Tag und damit auch allgemein die Kosten je Pfl egetag, da in den ersten Tagen eines Krankenhausaufenthaltes in der Regel weit höhere Kosten, vor allem durch

-
- 1) Vgl. Dudeck, Joachim: Der Einfluß nicht-medizinischer Faktoren auf die Verweildauer im Krankenhaus, Diss., Heidelberg 1962.
 - 2) Die Leistungsabrechnung der Krankenhäuser für den stationären Bereich erfolgt in der Regel, abgesehen von der Einzelabrechnung einiger Neben- und Sonderleistungen, jedenfalls für die Patienten der 3. Pflegeklasse, pauschal und proportional pro Pfl egetag.
 - 3) Die Begriffe Gesamtkosten des Krankenhauses und Gesamtkosten je Patient (je Fall) sowie die in diesen Begriffen enthaltenen Kostenbestandteile müssen scharf gegeneinander abgegrenzt werden. So gehören etwa zu den absolut-fixen Kosten des Krankenhauses alle diejenigen Kosten, die dem Krankenhausträger auch bei völlig leerstehendem Krankenhaus entstehen würden. Zu den absolut-fixen Kosten je Patient (je Fall) dagegen, die naturgemäß nur bei Belegung des Krankenhauses anfallen können, würden alle diejenigen Kosten zu rechnen sein, die jedem Patienten (oder seinem Kostenträger), unabhängig von seiner Krankheit, seiner medizinischen und pflegerischen Betreuung und Versorgung, von seiner Verweildauer u.a.m., in Rechnung gestellt werden, also etwa die mit dem Aufnahmeverfahren verbundenen Kosten.

Aufnahme, Diagnose und Operation, anfallen als in den Folgetagen. Die Existenz absolut-fixer und intervall-fixer Kosten je Patient führt demnach dazu, daß bei pflegetag-proportionaler Leistungsabrechnung die Erlös- und Kostenkurven je Patient nicht parallel verlaufen, sondern sich schneiden¹⁾.

Diese Konstellation kann nun einzelne Krankenhausleitungen dazu veranlassen, die Verweildauer über das medizinisch notwendige Maß hinaus auszudehnen, um so - bei konstantem Erlös je Pfl egetag - die hohe Kostenunterdeckung der ersten Tage eines Krankenhausaufenthaltes durch die weniger kostenintensiven Folgetage ganz oder teilweise zu kompensieren²⁾. Denn je länger die Verweildauer wird, um so geringer werden normalerweise die Kosten je Pfl egetag. Bei konstantem Pflegesatz führt damit eine Verlängerung der Verweildauer bis t_0 gerade zur Kostendeckung. Eine darüber hinausgehende Verlängerung der Verweildauer würde auf den einzelnen Fall bezogen sogar einen Gewinn entstehen lassen³⁾.

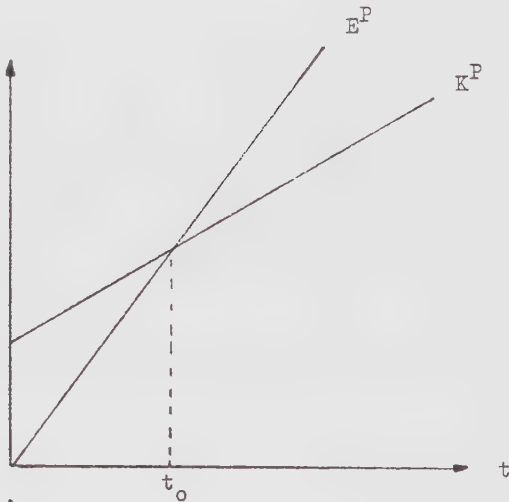
1) Vgl. Abb. 6 und Abb. 7 auf S. 74 f.

2) Es muß objektiverweise festgestellt werden, daß die im Vergleich zu vielen anderen Ländern hohe Verweildauer in der BRD zu einem erheblichen Teil auch auf die Struktur des hiesigen Gesundheitswesens zurückzuführen ist. Während im Ausland (Skandinavien, Großbritannien, Ostblockstaaten) vielfach bei der Krankenhausaufnahme die Diagnose für den Patienten schon feststeht, sind in Deutschland oftmals noch langwierige Untersuchungen notwendig. Wenn von daher an einer Verweildauerkürzung gelegen ist, sollten auch in der BRD alle Patienten freien Zugang zu den Polikliniken und Ambulanzen erhalten und nicht mehr einer Überweisung durch einen freipraktizierenden Arzt bedürfen.

3) Bei der augenblicklichen Kosten- und Erlössituation der Krankenhäuser dürfte eine nicht-medizinisch bedingte Verlängerung der Verweildauer in den meisten Fällen jedoch lediglich zu einer Verminderung der Kostenunterdeckung des betreffenden Krankenhauses führen.

Abb. 6: Kosten und Erlöse je Patient bei Vernachlässigung
intervall-fixer Kosten

Kosten
und
Erlöse
je
Patient



Kosten
und
Erlöse
je
Patient
und
Tag

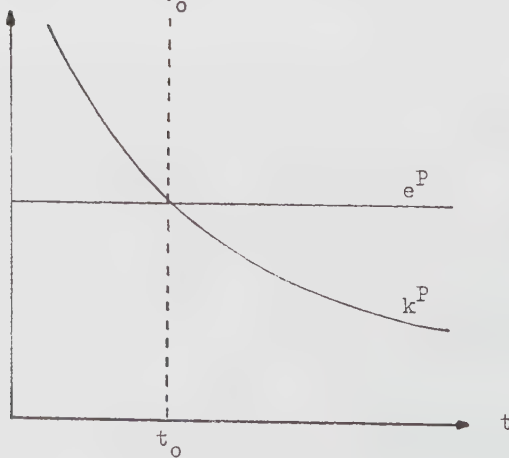
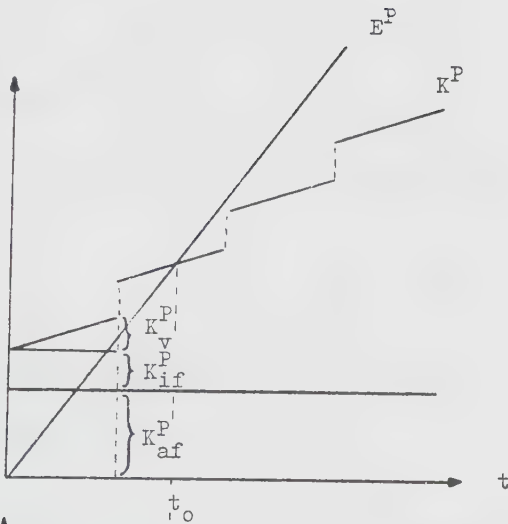
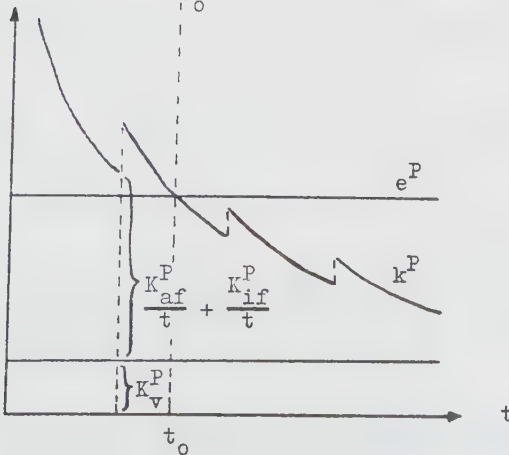


Abb. 7: Kosten und Erlöse je Patient bei Berücksichtigung intervall-fixer Kosten

Kosten
und
Erlöse
je
Patient



Kosten
und
Erlöse
je
Patient
und
Tag



Der Einfluß von Änderungen der Verweildauer auf die Kosten je Patient und je Pflege-tag läßt sich auch analytisch darstellen¹⁾. Dabei gilt für die Gesamtkosten je Patient (je Fall) folgende Kostenfunktion:

$$(1) \quad K^P = K_{af}^P + K_{if}^P + K_v^P$$

K^P = Gesamtkosten je Patient

K_{af}^P = absolut-fixe Kosten je Patient

K_{if}^P = intervall-fixe Kosten je Patient

K_v^P = variable Kosten je Patient

Für die Gesamtkosten je Patient als Funktion der Verweildauer (t) erhält man:

$$(2) \quad K^P(t) = K_{af}^P + K_{if}^P \cdot \frac{t}{m} + k_v^P \cdot t$$

t = Verweildauer

m = Zahl der Tage, für welche die intervall-fixen Kosten jeweils konstant bleiben

k_v^P = variable Kosten je Patient und Tag
= variable Kosten je Pflege-tag

Bei einer bestimmten Verweildauer (t) belaufen sich die Kosten je Pflege-tag auf:

$$(3) \quad k^P = \frac{K^P}{t} = \frac{K_{af}^P + K_{if}^P + K_v^P}{t}$$

Für die Kosten je Pflege-tag als Funktion der Verweildauer erhält man dann:

$$(4) \quad k^P(t) = \frac{K_{af}^P}{t} + \frac{K_{if}^P}{m} + k_v^P$$

1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Kostenanalyse im Krankenhaus, a.a.O., S. 203 f.

Aus Gleichung (4) folgt dann, daß die fixen Kosten je Pflege-
tag ($K_{af}^P / t + K_{if}^P / m$) mit sinkender Verweildauer zuneh-
men¹⁾, während die variablen Kosten je Pflegetag (k_v^P) unter
Annahme weitgehender Proportionalität der variablen Kosten
je Patient²⁾ konstant bleiben.

Aus dieser einzelwirtschaftlichen Perspektive heraus wird
ein Krankenhaus also nicht an einer Senkung der Verweildauer
interessiert sein. Dies gilt um so mehr, als eine weitgehen-
de Senkung der Verweildauer in der Regel nur durch eine Ver-
besserung der Behandlungsmethoden möglich ist, womit in vie-
len Fällen eine Verteuerung der Behandlung verbunden ist. Da-
durch wird die ohnehin entstehende Kostenunterdeckung des je-
weiligen Krankenhauses auf Grund der gestiegenen fixen Ko-
sten je Pflegetag noch durch eine Steigerung der variablen
Kosten je Pflegetag erhöht. Eine Verweildauersenkung, wenn
auch aus medizinischer Sicht vielfach möglich, scheidet al-
so für viele Krankenhäuser aufgrund betriebswirtschaftlicher
Überlegungen aus, weil ungeachtet der dadurch steigenden
Kosten die Erlöse aus den Pflegesatzeinnahmen konstant blei-
ben. Dadurch würden entweder Defizite entstehen oder zuneh-
men oder doch Gewinne abnehmen.

Während demnach aus der Sicht des einzelnen Krankenhauses
wegen der sinkenden Durchschnittskosten (Kosten je Pflege-
tag) durchaus ein Anreiz zu einer medizinisch unnötigen Ver-
längerung der Verweildauer besteht, wirkt sich eine solche
Maßnahme für den einzelnen Patienten oder seinen Kostenträger
wegen der steigenden Gesamtkosten je Patient nachteilig aus.

-
- 1) Dies ist vor allem darin begründet, daß bei gleicher Be-
legung und sinkender Verweildauer die Patientenfluktuation
im Krankenhaus zunimmt und damit die auf den einzelnen Pa-
tienten bezogenen einmaligen Leistungen, wie Aufnahme oder
Entlassung, und die daraus resultierenden Kosten für das
Krankenhaus pro Periode häufiger anfallen.
 - 2) Hierbei wird vernachlässigt, daß sich bei Veränderung der
Verweildauer die Intensität von Behandlung und Pflege und
damit auch die Proportionalität der variablen Kosten je
Patient ändern kann.

Auch unter volkswirtschaftlichem Aspekt ist eine unnötige Verlängerung der Verweildauer negativ zu beurteilen, denn sie bewirkt über ein Ansteigen der Pflegetage je Patient eine Zunahme der Gesamtzahl aller geleisteten Pflegetage, wodurch der Sozialetat einer Volkswirtschaft unnötig belastet wird. Außerdem hat eine medizinisch nicht zu rechtfertigende Verlängerung der Verweildauer zur Folge, daß ceteris paribus (bei gleicher Zahl an Erkrankungen, konstanter Krankenhaushäufigkeit, konstanten Anlagen u.a.m.) ein Fehlbestand an Krankenhausbetten entsteht, der durch zusätzliche Neuinvestitionen für die Errichtung und/oder den Ausbau von Krankenhäusern gedeckt werden muß. Umgekehrt dagegen ermöglicht eine Senkung der Verweildauer eine Senkung des gesamtwirtschaftlichen Aufwandes für stationäre Krankenhausleistungen. Von einer bestimmten Grenze an allerdings wird eine Senkung der Verweildauer auch aus volkswirtschaftlicher Sicht heraus nicht mehr sinnvoll sein; denn die zur Verkürzung der Verweildauer notwendig werdenden besseren Behandlungsmethoden werden dann in einem Maße teurer, daß die durch sie bedingten Kostensteigerungen die Kostensenkungen infolge eingesparter Pflegetage und die zusätzliche Wertschöpfung durch frühere Eingliederung der ehemaligen Patienten in den Arbeitsprozeß überkompensieren werden. Zudem erhöht sich bei abnehmender Verweildauer die Gefahr von Rezidiven; das kann sowohl für den betroffenen Patienten oder dessen Kostenträger als auch für die gesamte Volkswirtschaft mit erhöhten Kostenbelastungen verbunden sein. Demnach ist die Unterschreitung einer bestimmten Verweildauerlänge sowohl vom medizinischen als auch vom ökonomischen Standpunkt aus abzulehnen.

Auf eine eingehendere Analyse sämtlicher Kostenbestimmungsfaktoren soll hier verzichtet werden, da die dazu notwendigen umfangreichen Untersuchungen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden¹⁾.

1) Mehr oder weniger weitgehende Ansätze finden sich bei Eichhorn, Siegfried: Kostenanalyse im Krankenhaus, a.a.O., S. 201 ff. und Kress, Karl Peter: Die Leistungsfunktionen des Krankenhauses ..., a.a.O., S. 162 ff.

Es sei hier jedoch noch kurz auf die besonderen Schwierigkeiten einer solchen Analyse hingewiesen. Sie bestehen nicht so sehr in einer qualitativen als vielmehr in einer quantitativen Bestimmung der Kosteneinflußfaktoren, zumal verschiedene Faktoren nicht nur direkt¹⁾, sondern auch noch über die Beeinflussung anderer Kostenbestimmungsfaktoren²⁾ auf die Struktur und Höhe der jeweils anfallenden Kosten einwirken. So wird etwa die Untersuchung des Faktors Betriebsgröße und seines Einflusses auf die Kosten besondere Schwierigkeiten mit sich bringen; denn im allgemeinen ändern sich mit der Größe eines Krankenhauses auch die Zusammensetzung der zu behandelnden Krankheitsarten sowie die Behandlungsmethoden. Diese Änderungen werden neben einer direkten Wirkung auf die Kostenhöhe auch einen Einfluß auf die Verweildauer haben, durch deren Änderung - wie gezeigt - die Kosten ebenfalls stark beeinflußt werden.

An Hand dieses Beispiels wird bereits deutlich, daß zur Analyse der Kostensituation der Krankenhäuser nicht einzelne Einflußfaktoren isoliert untersucht werden können, sondern daß die Interdependenzen zwischen den einzelnen Faktoren sehr genau zu berücksichtigen sind. Dabei werden insbesondere die bei der Ermittlung der Kostenstruktur und Kostenhöhe auftretenden quantitativen Bestimmungsschwierigkeiten erheblich sein.

-
- 1) Die Verwendung schlechter (und billiger) Fußböden z.B. kann infolge schnellerer Abnutzung langfristig höhere Kosten verursachen als die Verwendung guter (und teurer) Fußböden.
 - 2) Schlechte (und billige) Fußböden können außer durch schnellere Abnutzung auch durch erhöhten Putzmittelverbrauch und längere Putzzeiten höhere Kosten verursachen als gute (und teure) Fußböden.

3.3.2. Möglichkeiten der Kostenbeeinflussung

Auch wenn bislang für die Mehrzahl der deutschen Krankenhäuser genaue Kostenanalysen fehlen, so entbindet dieser Mangel die betroffenen Krankenhausleitungen und zuständigen Behörden und Politiker nicht von der Notwendigkeit, Art und Höhe der Krankenhauskosten zu beeinflussen.

(1) Krankenhausplanung und -bau

Die Möglichkeit und Notwendigkeit, Einfluß auf die Art und Höhe der im Krankenhaus entstehenden Kosten zu nehmen, ergibt sich nicht erst während des Betriebes, sondern schon vor und während des Baues eines Krankenhauses. Geht man davon aus, daß die Betriebskosten im Krankenhaus die Anschaffungs- und Herstellungskosten der Anlagegegenstände schon nach etwa 5 - 6 Jahren erreichen, so erscheint es dringend geboten, durch sachgerechte Mehraufwendungen bei den Investitionen Betriebskosten einzusparen. Ausgehend von einem bestimmten ärztlich-pflegerischen Versorgungsstandard stellt sich für den Krankenhauserbauer somit die Frage, wie sich verschiedene Ausführungen des Krankenhausbaues, der Ausstattung und der Einrichtung infolge der Eigengesetzlichkeit des Betriebsablaufs im Krankenhaus auf den Personaleinsatz und den Verbrauch an Sachgütern und damit auf die Höhe der zukünftig anfallenden Betriebskosten auswirken¹⁾. Die absolute Höhe der Investitionskosten ist demnach nur von begrenzter Bedeutung; denn in der Regel wird es sich erweisen, daß die niedrigsten Investitionskosten keineswegs auch die niedrigsten Gesamtkosten eines Krankenhauses über eine längere Betriebsdauer hinweg garantieren.

1) Um einer Überalterung der technischen Apparatur vorzubeugen, wäre zu prüfen, ob nicht der Teil der apparativen Ausstattung, der einen hohen Anschaffungswert hat und schnell veraltet, im sog. Leasing-Verfahren erworben werden sollte (s. Deutsche Klinik für Diagnostik in Wiesbaden). Die Entscheidung darüber wird von der spezifischen Situation des betreffenden Krankenhauses abhängen; denn grundsätzlich braucht Leasing im Krankenhaus gegenüber anderen Finanzierungsformen keine wesentlichen Vorteile zu bieten. Vgl. Grohmann, Herbert: Leasing - Möglichkeiten und Grenzen bei der Finanzierung von Krankenhauseinrichtungen, in: Krankenhaus-Umschau, 39. Jg., Kulmbach 1970, S. 1021.

Einen wichtigen Beitrag zur Krankenhausplanung kann das sog. "Coplanner"-Verfahren¹⁾ liefern. Bei dieser Planungsmethode werden die durch sorgfältige Untersuchungen in bestehenden Krankenhäusern gewonnenen Daten über Funktionsabläufe sowie über die diagnostischen, therapeutischen und versorgungstechnischen Leistungen je Patient im Krankenhaus einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage eingegeben. Mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) lassen sich dann vollständige Tagesabläufe simulieren und somit die für einen Neubau notwendigen Erkenntnisse ableiten. Dadurch kann vermieden werden, daß die Betriebsorganisation und der Betriebsablauf einer gegebenen Gebäudestruktur untergeordnet werden müssen. Diesem Planungsverfahren sind aber da Grenzen gesetzt, wo einzelne Arbeitsabläufe sich nicht genügend schematisieren lassen.

Zur Verminderung des Risikos von Fehlplanungen und zur Überbrückung kurzfristig auftretender Differenzen zwischen Angebot und Nachfrage von Krankenhausleistungen bietet sich beim Krankenhausbau die Errichtung flexibler Baugruppen an. Dazu ist erforderlich, etwa die Grundrisse von Personalunterkünften in Krankenhäusern derart anzulegen, daß diese Wohnungen oder Zimmer im Bedarfsfall ohne größeren Umbau als Krankenstationseinheiten Verwendung finden können. Außerdem sind, soweit als möglich, beim Krankenhausbau die bedingt bestehenden gegenseitigen Substitutionsmöglichkeiten von Krankenstationen und Untersuchungsabteilungen zu berücksichtigen.

Neben dem "Coplanner"-Verfahren kommt beim Bau von Krankenhäusern vor allem auch der Anwendung der Methoden des Operations Research (OR) erhebliche Bedeutung zu. So lassen sich etwa mit Hilfe der Netzplantechnik (NPT) für ein Projekt genaue Struktur-, Zeit- und Kostenanalysen erstellen, wodurch Fehlplanungen weitgehend vermieden werden können. Die dadurch

1) Vgl. Souder, Clark, Elkind, Brown: Planning for Hospitals. A System Approach Using Computer-Aided Techniques, Chicago 1964, zitiert bei Keller, Siegbert: Datenverarbeitung als Hilfsmittel der Krankenhausplanung, in: DKI-Archiv, Krankenhausforschung - Krankenhauspraxis (Beilage zu Das Krankenhaus), 58. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966, S. 44 ff.

erzielbaren Kosteneinsparungen können teilweise sehr beträchtlich sein; denn in der Regel ist schon allein die Verzögerung eines kapitalintensiven Großprojektes, wie es ein Krankenhausbau darstellt, wegen der ständig steigenden Materialkosten und Arbeitslöhne mit erheblichen zusätzlichen Baukosten verbunden. Weiterhin lassen sich bei bekannter Nachfrage nach Krankenhausleistungen durch den Einsatz von Operations-Research-Methoden etwa die Einteilung in Ein- oder Mehrbettzimmer oder die Kapazität von Wartezimmern oder Aufzügen bestimmen.

(2) Standort und Betriebsgröße

Zu den wichtigsten Voraussetzungen für eine wirtschaftliche Leistungserstellung zählen - auch beim Krankenhaus - die richtige Standortwahl und die optimale Dimensionierung der Gesamt- und Einzelkapazitäten. Wie bei einem Industriebetrieb¹⁾ kann man auch bei Krankenhäusern zwischen einer interregionalen, einer regionalen und einer innerbetrieblichen Standortwahl unterscheiden, wobei in erster Linie technische, organisatorische und wirtschaftliche Standortfaktoren zu berücksichtigen sind. Der interregionale Standort eines Krankenhauses wird durch das Versorgungsgebiet des Krankenhauses bestimmt. Neben raumordnungspolitischen Gesichtspunkten sind dabei u.a. die Bevölkerungswachsraten und die wirtschaftlichen Verhältnisse der jeweiligen Gebiete sowie die Verkehrslage von entscheidender Bedeutung. Der lokale Standort bestimmt sich aus Erwägungen, die im wesentlichen den Bauplatz und die Gebäudeform betreffen. Die innerbetriebliche Standortwahl endlich bezieht sich auf die räumliche Anordnung der Leistungsstellen und Funktionsgruppen innerhalb eines Krankenhauses zueinander. Der optimale Standort eines Krankenhauses oder einer Leistungsstelle oder Funktionsgruppe ist dann gefunden, wenn die Erstellung der spezifischen Krankenhausleistung an einem anderen Ort nicht zu niedrigeren Kosten führen würde.

1) Vgl. Mellerowicz, Konrad: Betriebswirtschaftslehre der Industrie, 6., neubearb. und erw. Aufl., Bd. I, Freiburg 1968, S. 218 ff.

So wenig wie man in den meisten Fällen d e n optimalen Standort angeben kann, so wenig wird sich auch d i e optimale Betriebsgröße¹⁾ eines Krankenhauses bestimmen lassen²⁾. Wie unterschiedlich die optimale Betriebsgröße eines Krankenhauses schon vor Jahren angegeben wurde, mögen folgende Beispiele zeigen. So gab U n k e l l³⁾ die optimale Betriebsgröße eines Krankenhauses mit 400 - 500 Betten an, M o l a n d e r⁴⁾ mit 500 - 600 Betten und H e i m⁵⁾ mit 600 - 800 Betten. S c h i l l i n g⁶⁾ bezog sich auf Sachverständige, die sogar eine Betriebsgröße von 800 - 900 Betten als optimal ansahen. Dieses Problem dürfte aber kaum mit der Angabe genau abgegrenzter Bettenzahlen zu lösen sein, auch wenn das heute noch immer wieder versucht wird. Ein aus ärztlich-pflegerischer und wirtschaftlicher Sicht optimales Krankenhaussystem wird

-
- 1) Im Zusammenhang mit der Betriebsgröße der Krankenhäuser sind auch Konzentrations- und Kooperationsfragen zu beurteilen. Vgl. Weissner, Gerhard: Der Sinn wirtschaftlichen Handelns im Krankenhaus, in: Beiträge zur Krankenhausforschung und -praxis, Stuttgart 1960, S. 28 f. Kooperation ist für einzelne Krankenhäuser immer dann von Vorteil, wenn die leistungssteigernden und/oder kostensenkenden Effekte (erhöhte Marktmacht gegenüber Lieferfirmen und Krankenkassen, Rationalisierungsvorteile u.a.m.) die leistungshemmenden und/oder kostensteigernden Effekte (erhöhter Verwaltungsaufwand, Abhängigkeit von anderen Krankenhäusern, längere Transportwege u.a.m.) überkompensieren. Neben medizinischen Kooperationsmöglichkeiten (z.B. gemeinsame Zentrallabors) gibt es insbesondere im Wirtschafts- und Verwaltungsbereich vielfältige Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern. Einige Gebiete sind: Wäscherei, Küche, Reinigungsdienst, Telefonzentrale, Rechnungswesen, Einsatz von EDV, Finanzverwaltung u.v.a.m.
 - 2) Der optimale Standort und die optimale Betriebsgröße sind Zielgrößen, die sich in praxi wohl nie vollständig erreichen lassen. Gleichwohl muß jedes Unternehmen zur Senkung der Kosten versuchen, sich diesen Zielen soweit als möglich zu nähern.
 - 3) Vgl. Unkell, Franz: Kosten und Rentabilität der hessischen Krankenanstalten auf Grund betriebsvergleichender Untersuchungen, Diss., Frankfurt a.M. 1952, S. 127.
 - 4) Vgl. Molander, M.D.: Betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte bei der Krankenhausplanung, in: Das Krankenhaus, 45. Jg., Stuttgart und Köln 1953, S. 229.
 - 5) Vgl. Heim, Wilhelm: Größe und Form neuer Krankenhausbauten - Hoch- und Flachbauten in ärztlicher Sicht -, in: Das Krankenhaus, 45 Jg., Stuttgart und Köln 1953, S. 141.
 - 6) Vgl. Schilling, E.: Projektierung von Krankenhausneubauten, in: Das Krankenhaus, 43. Jg., Stuttgart und Köln 1951, S. 104.

nicht aus einer Vielzahl gleich großer Krankenhäuser, sondern vielmehr aus einer Mischung von unterschiedlich großen und unterschiedlich leistungsfähigen Krankenhauseinheiten mit teilweise verschiedener Ausstattung und Einrichtung bestehen müssen¹⁾, wobei die Größe des jeweiligen Krankenhauses nicht zuletzt von der Art und der Zahl der zu behandelnden Krankheiten abhängt. Unter medizinischen, technischen und vor allem unter wirtschaftlichen Aspekten dürfte heute ein modernes Akutkrankenhaus erst von ca. 200 Betten an und ein Sonderkrankenhaus von ca. 100 Betten an kapazitätsmäßig ausgelastet werden können. Je nach Bevölkerungs- und Verkehrsdichte, nach den zu behandelnden Krankheiten u.a.m. kann sich aber die Notwendigkeit ergeben, im Einzelfall auch kleinere Krankenhauseinheiten zu fördern. In den Fällen, in denen Klein- und Kleinstkrankenhäuser bestimmten medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Auflagen nicht genügen, wäre zu prüfen, ob und inwieweit diesen Häusern die Funktionen von Altenwohnheimen, Altenpflegeheimen, Sanatorien, Nachsorgekliniken, Rehabilitationsstätten oder anderen gesundheitspolitischen oder sozialen Einrichtungen übertragen werden können.

Die optimale Betriebsgröße eines Krankenhauses wird sich in der Regel nicht schon durch die optimale Größe der einzelnen Krankenhausabteilungen ergeben. Wesentlich ist die Abstimmung aller Abteilungen aufeinander, die zusammen genommen ein Optimum bilden müssen. Läßt sich eine derartige Abstimmung nicht erreichen, so können etwa nicht ausgelastete Abteilungen zu Ausgleichsbeschäftigungen herangezogen werden, um so die Fixkosten dieser Krankenhausabteilungen auf eine größere Anzahl von Leistungen zu verteilen. Eine solche Ausgleichsbeschäftigung läge z.B. für den ärztlichen Bereich in verstärktem Ambulanzdienst. Die dadurch bedingte Intensivierung der Krankenhausambulanz wäre nicht nur aus wirtschaftlichen, sondern auch aus medizinischen und gesundheitspolitischen Erwägungen heraus zu befürworten, da hierdurch auch ambulante Patienten in verstärktem Maße den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Kranken-

1) Zur Struktur eines Krankenhaussystems vgl. den Vorschlag auf S. 18 dieser Arbeit.

hauses zugeführt würden. Zudem wäre zu prüfen, inwieweit Krankenhäuser ihre unausgelasteten medizinisch-technischen Apparaturen niedergelassenen Ärzten zur Mitbenutzung zur Verfügung stellen können¹⁾.

Ein weiteres Problem der Bestimmung des optimalen Standorts und der optimalen Betriebsgröße eines Krankenhauses besteht darin, daß die Krankenhausplanung eine vorgegebene Zielsetzung auf dem Gebiet des Krankenhauswesens insbesondere mit sozialen, ökonomischen, technischen und medizinischen Gegebenheiten und Entwicklungen koordinieren muß. Fragen des Standorts und der Betriebsgröße lassen sich daher nicht für jedes einzelne Krankenhaus gesondert beantworten, sie müssen vielmehr sachgemäß in dem größeren Rahmen eines regionalen Krankenhausplanes behandelt und geklärt werden. Dabei taucht die Schwierigkeit auf, daß Fragen des Standorts, der Größe und der Struktur von Krankenhäusern nur im Rahmen einer allgemein anerkannten regionalen und sektoralen Strukturpolitik zu lösen sind, für die es bis heute aber noch in keinem Bundesland allgemein anerkannte Grundvorstellungen gibt. Erste Versuche, solche Vorstellungen zu entwickeln, finden sich in den jeweiligen Krankenhausbedarfsplänen der Länder und im Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsgesetzes²⁾.

1) Gegenwärtig besteht für niedergelassene Ärzte ein finanzieller Anreiz zur Erweiterung ihrer medizinisch-technischen Anlagen, da ihnen von den Krankenkassen "Apparate-Diagnostik" höher vergütet wird als ihre eigentliche geistige Leistung. Soweit die medizinisch-technischen Apparaturen der Krankenhäuser aber nicht ausgelastet sind, ist es im Hinblick auf einen möglichst hohen Kapazitätsausnutzungsgrad sämtlicher medizinisch-technischer Apparaturen abzulehnen, daß freipraktizierende Ärzte ihre Anlagen erweitern.

2) Vgl. BTDr. VI/ 1874, a.a.O., insbes. § 6, S. 3.

(3) Betriebsablauf

Von Bedeutung für die Art und Höhe der im Krankenhaus anfallenden Kosten ist in besonderem Maße die Einflußnahme auf den Betriebsablauf. Dabei fällt auf, daß die Organisation eines Krankenhauses sowohl aus technischer als auch aus ökonomischer Sicht der Organisation eines industriellen Großbetriebes immer ähnlicher wird. Die zunehmend komplizierter werdenden medizinischen, technischen wie betriebs- und volkswirtschaftlichen Aufgabenstellungen zwingen auch die Verantwortlichen im Krankenhaus, moderne Planungs- und Entscheidungsmethoden anzuwenden. Der Zwang zur Rationalisierung, insbesondere zur Koordinierung und Zentralisierung, sowie zur Mechanisierung wird es zudem notwendig machen, neue Organisations-, Führungs-¹⁾ und Verwaltungsformen für Krankenhäuser zu schaffen. Dabei dürften vor allem arbeitswissenschaftliche, arbeitspsychologische und soziologische Erkenntnisse sowie die Methoden des Operations Research von großem Nutzen sein. Die Methoden des Operations Research können zur Beeinflussung des Betriebsablaufes im Krankenhaus vorwiegend da angewandt werden, wo wirtschaftliche Zuteilungs-, Verteilungs-, Transport- und Lagerhaltungsfragen oder Probleme von Warteschlangen und Stauungen auftreten. Es ist jedoch zu bedenken, daß die Rationalisierungsmöglichkeiten in dem Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus weit begrenzter sind als etwa bei einem industriellen Produktionsbetrieb.

Voraussetzung für die wirtschaftliche Betriebsführung eines Krankenhauses ist die Schaffung eines möglichst

-
- 1) Für die Führung eines Krankenhauses nach modernen Managementmethoden (management by objectives, management by exception, Führung im Mitarbeiterverhältnis nach dem Harzburger Modell o.a.) können sich die bisher praktizierte Dreiteilung der Betriebsleitung (Ärztlicher Direktor, Verwaltungsleiter, Oberin) und die starre hierarchische Struktur der meisten Krankenhäuser als hinderlich erweisen, da die modernen Managementmethoden ein gewisses Maß an Aufgaben- und Verantwortungsdelegation erfordern, das bei den überkommenen Strukturen nicht in allen Fällen erreichbar sein dürfte.

umfassenden und schnell arbeitenden Krankenhausinformationssysteme (KIS)¹⁾. Darunter ist ein organisatorisches Konzept des gesamten medizinischen und betrieblichen Informationswesens eines Krankenhauses zu verstehen. Der Ausbau informationsverarbeitender Methoden und Techniken in allen Krankenhausbereichen wird von einem gewissen Stadium an ohne den Einsatz der EDV mit entsprechend großen Speicher- und Rechenkapazitäten nicht mehr möglich sein. Der Einsatz der EDV im Krankenhaus ist jedoch nicht nur zur Optimierung betrieblicher Vorgänge, etwa für die Information, Planung, Organisation, Führung, Kontrolle u.a.m. nützlich und oftmals erforderlich, auch im medizinischen Bereich, vor allem bei der Diagnostik, Therapie, Dokumentation und der medizinischen Forschung ergeben sich vielfältige Anwendungsmöglichkeiten²⁾.

Die Kosten des EDV-Einsatzes sind z.Z. allerdings noch außerordentlich hoch. Wenn neben dem Rechnungswesen auch die

-
- 1) Vgl. Bremermann, Walter und Theilen, Hans-Bernhard: Auf den Wege zum Krankenhaus-Informationssystem (KIS), in: IBM-Nachrichten, 18. Jg., Heft 190, Sindelfingen bei Stuttgart 1968, S. 275 ff. und Ehlers, C. Th.: Integration der medizinischen, pflegerischen, versorgungs- und verwaltungstechnischen Informationsbereiche, in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg., Karlsruhe 1970, S. 339 ff. sowie Habeck, Dietrich: Krankenhausinformationssysteme und elektronische Datenverarbeitung, in: Das Krankenhaus, 62. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970, S. 342 ff.
- 2) Zu den Möglichkeiten des Einsatzes der EDV im Krankenhaus vgl. u.a. Fehler, Joachim: Elektronische Datenverarbeitung, Realität oder Wunschtraum für das Krankenhaus? in: Das Krankenhaus, 63. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1971, S. 117 ff. sowie Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.): Elektronische Datenverarbeitung in der Medizin - Stand und Entwicklung, Bonn-Bad Godesberg 1971, insbes. S. 16 ff.; zu den Schwierigkeiten und Vorurteilen vgl. Kottenhoff, E.: Ergebnis einer Erhebung über den Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung in den Krankenhäusern, in: Das Krankenhaus, 61. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970, S. 129 f. sowie Deutsches Krankenhausinstitut e.V.: Datenverarbeitung im Krankenhaus, in: Forschungsberichte des Landes Nordrhein-Westfalen, Nr. 2079, Köln und Opladen 1970, S. 16 f.

Diagnostik, die Therapie und das Management eines Krankenhauses in die Benutzung einer EDV-Anlage einbezogen werden, so muß heute durchschnittlich - selbst bei Sammelbenutzung einer großen Anlage durch mehrere Krankenhäuser - noch mit einer Erhöhung der Selbstkosten je Pflge-tag um 12 DM gerechnet werden¹⁾. Gleich hohe oder sogar höhere Kosteneinsparungen durch die Anwendung der EDV dürften sich gegenwärtig nur in Ausnahmefällen erzielen lassen, was insbesondere auf fehlende geeignete soft-ware und auf fehlendes qualifiziertes Personal zurückzuführen ist. Dennoch besteht die Notwendigkeit, den Einsatz der EDV voranzutreiben, da er auf medizinischem und pflegerischem Gebiet teilweise schon unentbehrlich geworden ist und da der Einsatz von EDV-Anlagen in Zukunft auch nach wirtschaftlichen Maximen möglich sein dürfte.

(4) Das betriebliche Rechnungswesen

Um effektive Maßnahmen ergreifen und ergriffene Maßnahmen beurteilen zu können, bedarf es eines betrieblichen Rechnungswesens, daß neben innerbetrieblichen auch zwischenbetriebliche Kostenvergleiche²⁾ und Kostenkontrollen ermöglicht. Ein solches Rechnungswesen müßte über eine ausreichend gegliederte kaufmännische Buchhaltung und Statistik hinaus auch über eine Kosten- und Leistungsrechnung verfügen. Dabei ist es hinsichtlich der Möglichkeiten, Kosten einzusparen, für jeden Krankenhausbetrieb wesentlich, daß die aufgrund der Kostenrechnung gewonnenen Erkenntnisse auch in betriebliche

1) Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 142.

2) Zwischenbetriebliche Kostenvergleiche zur Wirtschaftlichkeitskontrolle sind selbst bei gleichen Krankenhausbetriebsgrößen und bei gleichen Preisen und Qualitäten der jeweiligen Einsatzfaktoren nur bedingt aussagefähig. So brauchen höhere Kosten je Pflge-tag eines Krankenhauses im Vergleich zu anderen Krankenhäusern aufgrund verstärkten Faktoreinsatzes z.B. dann kein Zeichen unwirtschaftlichen Verhaltens zu sein, wenn etwa in diesem Krankenhaus die Verweildauer vergleichsweise geringer ist.

Maßnahmen und damit in ökonomisch relevante Entscheidungen umgesetzt werden und nicht nur theoretische Erkenntnisse bleiben. Zudem muß die Kostenrechnung selbst ökonomisch sein, d. h. die zur Erstellung der Kostenrechnung anfallenden Kosten dürfen nicht größer sein als die durch die Kostenrechnung zu erzielenden Einsparungen.

(5) Krankenhauspersonal

Durch den Einsatz der EDV können zwar der Informationsfluß im Krankenhaus und die Effektivität der Leistungserstellung in einzelnen Bereichen erhöht werden, Personaleinsparungen oder doch eine Verringerung der Zuwachsrates des notwendigen Personals lassen sich dadurch allerdings nur in begrenztem Umfang erzielen. Die ärztliche und pflegerische Betreuung kann durch solche Maßnahmen zwar erleichtert und intensiviert, jedoch nur sehr bedingt ersetzt werden¹⁾. Gleichwohl muß jede Möglichkeit zur Einsparung von Personal, etwa auch durch den Einsatz betriebswirtschaftlicher und arbeitswissenschaftlicher Methoden und Mittel zur Erstellung von Funktions- sowie Dienst- und Arbeitsablaufplänen, ergriffen werden²⁾. Bei allen diesen Bemühungen darf das Krankenhaus jedoch nicht "entmenslicht" werden; denn der Patient ist keine Maschine, die in einer "Gesundheitsfabrik" repariert werden kann. Der persönliche Kontakt zwischen den Patienten und dem Krankenhauspersonal ist in vielen Fällen eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche medizinische Behandlung.

In den Bereichen, in denen Personalmangel herrscht und in denen eine Substitution des Faktors Arbeit durch den Faktor

- 1) Vgl. Kanzow, Ulrich: Die Personalsituation im Krankenhaus, in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg., Karlsruhe 1970, S. 266.
- 2) Für einen sachgerechten Einsatz des Personals und zur Kontrolle der Arbeitsleistungen empfiehlt sich die Erstellung von Personalleistungsstatistiken.

Kapital nicht oder nur bedingt möglich ist, müssen die Arbeitsbedingungen im allgemeinen¹⁾ und die Arbeitszeiten im besonderen auf die Belange des Krankenhauses einerseits und des Personals andererseits abgestimmt werden. So begegnet man z.B. dem Schwesternmangel vielfach bereits durch Schichtarbeit oder Einführung von Teilzeitarbeit bei gleichzeitiger Errichtung von Kindergärten für die Kinder von Pflegepersonen. Eine erhöhte Pflegekapazität ließe sich auch durch eine angemessene Herabsetzung des Mindestalters bei der Aufnahme in Pflegeschulen, durch eine Entlastung des Pflegepersonals von berufsfremden Tätigkeiten (Botengänge, Reinigungsdienst u.a.m.) und durch Umschulungsmaßnahmen erreichen. Außerdem könnte der Einsatz von männlichen Pflegepersonen und von ausländischen Pflegekräften verstärkt gefördert werden. Dagegen dürfte Werbung als Mittel zur Behebung des akuten Mangels an Pflegepersonal im Krankenhauswesen nur sehr bedingt geeignet sein, da Werbung des Krankenhauses vielfach nur Abwerbung von Pflegepersonal anderer Krankenhäuser bedeutet. Die Personalsituation des gesamten Krankenhauswesens würde sich durch solche Maßnahmen also praktisch nicht ändern. Eine fühlbare Besserung der Personalsituation durch Werbung ließe sich wahrscheinlich nur durch eine gezielte gemeinschaftliche Nachwuchswerbung²⁾ oder durch Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte für den Gesundheitssektor erreichen.

-
- 1) Neben der Schaffung akzeptabler Arbeitsbedingungen (Vergütung, Urlaub usw.) gewinnt in diesem Zusammenhang die Beschaffung und/oder Bereitstellung von Wohnraum zunehmend an Bedeutung.
 - 2) Der Erfolg solcher Werbemaßnahmen im Krankenpflegebereich kann durchaus als positiv angenommen werden, da nur 11 % der in Frage kommenden Personen eine negative Einstellung zu Krankenpflegeberufen haben. Vgl. dazu Studienstiftung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenhäuser e.V. (Hrsg.): Die gesellschaftliche Einschätzung von Krankenpflegeberufen in der Bundesrepublik Deutschland, Kulmbach 1969, S. 123.

Vielfach wird als Patentlösung zur Behebung des Mangels an Pflegepersonal die Einführung eines weiblichen Pflichtjahres vorgeschlagen. Gerade im Krankenhaus, wo vom Pflegepersonal ein besonderes Maß an sittlicher Reife, Menschenkenntnis und Einfühlungsvermögen verlangt wird, dürfen jedoch Bedenken gegen erzwungene Krankenpflege nicht einfach übergangen werden¹⁾. Überdies würde eine solche Entlastungsmöglichkeit eine Diskriminierung des Schwesternberufes darstellen, die in vielen Fällen wirklich qualifiziertes Personal fernhalten könnte.

(6) Verweildauer

Während die bisher aufgezeigten Möglichkeiten der Kostenbeeinflussung im Krankenhaus sowohl im Interesse jedes einzelnen Krankenhauses als auch im Interesse der gesamten Volkswirtschaft liegen, können beim gegenwärtigen System der Krankenhausfinanzierung die Interessen hinsichtlich der Beeinflussung der Verweildauer unterschiedlich sein²⁾. So kann es - wie gezeigt - für ein Krankenhaus aus betriebswirtschaftlicher Sicht durchaus vorteilhaft sein, die Verweildauer möglichst lang zu gestalten, was jedoch für die gesamte Volkswirtschaft zu einer unnötigen Belastung des Sozialtats führt. Aus volkswirtschaftlicher Sicht läßt sich die Bedeutung des Kostenbestimmungsfaktors Verweildauer schon allein daran erkennen, daß eine Senkung der durchschnittlichen Verweildauer um nur einen Tag allein in den Akutkrankenhäusern der BRD einen Minderbedarf von jährlich 20 000 Betten zur Folge hätte³⁾. Von daher ist es also unbedingt

-
- 1) Diese Bedenken richten sich nicht gegen die Ableistung eines freiwilligen "sozialen Jahres".
 - 2) Gleiches gilt auch für die Krankenhaushäufigkeit; auf sie könnte man vor allem durch eine Intensivierung der Präventivmedizin Einfluß nehmen.
 - 3) Vgl. BTDr. VI/4230, a.a.O., S. 32. Bei einem Bettenwert von 100 000 DM würde eine solche Verweildauerkürzung demnach zu einer jährlichen Einsparung an Investitionskosten von 2 Milliarden DM führen können. Allerdings dürfte eine Kürzung der Verweildauer nicht ohne eine Erhöhung der Betriebskosten möglich sein.

erforderlich, daß die Verweildauer nicht über das medizinisch notwendige Maß hinaus verlängert wird und daß einzel- und gesamtwirtschaftliche Interessen parallel geschaltet werden. Dies ließe sich vielleicht dadurch erreichen, daß für jeden eingewiesenen Patienten je nach Art der Erkrankung eine fixe Grundgebühr und entsprechend niedrigere konstante Tages-Pflegesätze, etwa für hotelmäßige Leistung, in Rechnung gestellt werden. Zu erwägen wäre auch die Einführung eines degressiven Pflegesatzes¹⁾. Darüber hinaus könnte die Verweildauer durch semistationäre Vordiagnostik und Nachbehandlung gesenkt werden. Zudem kann man die geriatrische Betreuung in Altersheime und Krankenhäuser für Langzeitkranke, Pflege- und Alterskranke verlagern, da der Aufenthalt in solchen Krankenhäusern erheblich kostengünstiger ist als in einem Akutkrankenhaus.

In diesem kurzen, durchaus nicht vollständigen Abriß konnten nur einige wenige, wenn auch sehr wichtige Möglichkeiten dargestellt werden, wie im Krankenhaus Kostenarten und Kostenhöhe beeinflußt werden können. Im konkreten Einzelfall ist darüber hinaus natürlich auch die jeweilige spezifische Kostensituation des betreffenden Krankenhauses zu berücksichtigen. Die hier dargestellten Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Kostenbeeinflussung im Krankenhaus dürften jedoch mutatis mutandis zumindest für alle Akutkrankenhäuser bestehen.

3.3.3. Die Entwicklung der Krankenhauskosten

In der Vergangenheit sind fast alle Kosten der Krankenhäuser mehr oder weniger stark angestiegen; das hatte neben anderen vor allem konjunkturelle, arbeitsmarktpolitische, sozialpolitische und insbesondere auch medizinische und gesundheitspolitische Gründe. Die ständig gestiegene Nachfrage nach

1) Vgl. dazu Abschn. 4.3.2. dieser Arbeit.

Krankenhausleistungen und die Intensivierung und Spezialisierung von Behandlung und Pflege führten in fast allen Krankenhausbereichen zu einer permanenten Erhöhung des Personal- und Sachgüteraufwandes. In der Zukunft werden die Krankenhäuser vor allem in medizinischer, technologischer, organisatorischer, verwaltungsmäßiger sowie in betriebs- und volkswirtschaftlicher Hinsicht weitere Änderungen erfahren. Im Zuge dieses Wandels der Funktionen und Strukturen der Krankenhäuser muß mit weiteren Steigerungen fast aller im Krankenhauswesen anfallenden Kosten gerechnet werden¹⁾.

Diese Kostensteigerungen werden sich z.T. aus dem qualitativ verbesserten und dadurch oftmals teurer werdenden Angebot an Krankenhausleistungen ergeben (Preiseffekt)²⁾, zum anderen werden sie aber auch in dem quantitativ steigenden Angebot an Krankenhausleistungen begründet sein (Mengeneffekt). Vor allem die Entwicklung folgender Faktoren dürfte ein quantitativ und qualitativ erweitertes Angebot an Krankenhausleistungen erforderlich machen und damit zu erhöhten Kosten führen:

- (1) die steigende Bevölkerungszahl,
- (2) die steigende Lebenserwartung,
- (3) die zunehmende Verlagerung der medizinischen und ärztlichen Versorgung ins Krankenhaus aufgrund der veränderten Lebenssituation der Familien,
- (4) die Zunahme der Erwerbstätigenquote und der Wandel der Erwerbsstruktur,

1) Scholer hat ein exponentiales Anwachsen der Krankenhauskosten für die Schweiz von 1950 bis 1969 und für die BRD von 1950 bis 1970 festgestellt. Auch für die Zukunft prognostiziert er ein solches Anwachsen der Krankenhauskosten. Vgl. Scholer, Hans: Zur Wertung des Trends in der Krankenhausmedizin ..., a.a.O., S. 467 ff.

2) Die qualitative Verbesserung des Angebots wird insbesondere durch die Weiterentwicklung und Anwendung des technischen Fortschritts in der Medizin und Verwaltung möglich. Kostensenkende Effekte des technischen Fortschritts treten in der Regel erst nach Abschluß der Innovationsphase auf.

- (5) die steigenden Unfallquoten im Verkehr, im Haushalt und am Arbeitsplatz,
- (6) die immer bedrohlicher werdenden Umwelteinflüsse (vor allem Wasser- und Luftverschmutzung sowie Lärm),
- (7) die zunehmende Zahl der Suchtkranken,
- (8) der Anstieg chronischer und psychischer Krankheiten,
- (9) die Zunahme von Zivilisationsschäden (Haltungsschäden, falsche Ernährung, Bewegungsmangel u.a.m.),
- (10) das teilweise gestiegene Gesundheitsbewußtsein weiter Bevölkerungskreise,
- (11) der zunehmende Mangel an häuslichen Pflegekräften,
- (12) die Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Methoden und Möglichkeiten.

Bei der Untersuchung der Wirkungen dieser und weiterer Faktoren auf die Entwicklung der Kosten ist zu berücksichtigen, daß sich Preis- und Mengeneffekte kumulieren, sich aber auch ganz oder teilweise gegenseitig aufheben können. In der Regel werden aber sowohl ein erhöhter Faktorverbrauch als auch Faktorpreissteigerungen zu Kostensteigerungen führen, da eine vollständige Substitution der dann teurer gewordenen Einsatzfaktoren nur in Ausnahmefällen möglich sein dürfte und eine teilweise vorgenommene Faktorsubstitution den Kostenanstieg lediglich dämpft.

Neben einem starken Anstieg der Personal- und Sachkosten und dem dadurch bedingten Anstieg der Betriebskosten wird insbesondere auch mit weiteren Baukostensteigerungen zu rechnen sein. Die Krankenhausbaukosten haben sich in den letzten 25 Jahren etwa verzehnfacht¹⁾. Das ist selbst bei Berücksichtigung der anspruchsvolleren Zielsetzung der heutigen Krankenhäuser und des ständig gestiegenen Baukostenindex außerordentlich hoch. Eine Analyse der Krankenhausbaukosten hat gezeigt, daß diese in erster Linie von der Be-

1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, a.a.O., S. 87.

triebsgröße (Bettenzahl), dem Mechanisierungsgrad, der Art und Güte des verwendeten Materials sowie von der Art der Durchführung des Bauvorhabens abhängig sind. Weiterhin sind Standort- und Bauplatzfragen sowie die konjunkturelle Lage auf dem Arbeitsmarkt, speziell auf dem Baumarkt, von ausschlaggebender Bedeutung¹⁾. Diese Kosteneinflußfaktoren werden sich auch in absehbarer Zukunft kostensteigernd auswirken, was zur Folge hat, daß wegen des bestehenden oder zu erwartenden Nachhol-²⁾, Ergänzungs-³⁾ und Zusatzbedarfs⁴⁾ auch das Gesamtvolumen der Krankenhausbaukosten ansteigen wird⁵⁾. So werden die gesamten Kosten für Neu- und Ersatzinvestitionen einschließlich der Kosten der Ersatz- und Ergänzungsbeschaffung kurz- und mittelfristig nutzbarer Anlagegüter, die 1969 noch mit 3,2 Mrd. DM beziffert wurden, für 1974 bereits auf 4,9 Mrd. DM geschätzt⁶⁾.

-
- 1) Vgl. Eichhorn, Siegfried und Sahl, Richard Joachim: Kennzahlen für Bauplanung und Bauwirtschaftsprüfung von Krankenhäusern, in: Das Krankenhaus, 49.Jg., Stuttgart und Köln 1957, S. 221 ff.
 - 2) Der Nachholbedarf infolge von Kriegseinwirkungen ist trotz einiger erheblicher regionaler Unterschiede für die BRD insgesamt gesehen nur noch gering.
 - 3) Aufgrund der teilweise beträchtlichen Überalterung einiger Krankenhäuser müssen in Zukunft Jahr für Jahr eine Anzahl Krankenhäuser erneuert oder modernisiert werden.
 - 4) Der Zusatzbedarf, der hauptsächlich von der Bevölkerungsentwicklung und der Entwicklung des Gesundheitsbedarfes der Bevölkerung sowie von der Entwicklung des technischen Fortschritts in der Medizin abhängt, zeigt zumindest für die nächsten Jahre eine steigende Tendenz.
 - 5) Elsholz schätzt den Ergänzungsbedarf bis zum Jahre 2 000 auf jährlich ca. 13 000 Betten und den Zusatzbedarf auf ca. 3 400 Betten. Vgl. Elsholz, Konrad: Krankenhäuser, Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft, Baden-Baden 1969, Anlage 5, S. 88 f. Unterstellt man einen Bettenwert von 100 000 DM, so ergeben sich allein für den Ergänzungs- und Zusatzbedarf Investitionskosten in Höhe von rd. 1,64 Mrd. DM jährlich. Von diesen zusätzlichen Investitionskosten sind allerdings mögliche Kosteneinsparungen (z.B. durch Kürzung der Verweildauer) in Abzug zu bringen.
 - 6) Vgl. Müller, Hubertus: Der zukünftige Bedarf an Krankenhausbetten und seine Kosten, in: Das Krankenhaus, 62. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970, S. 382.

Trotz des hohen im Krankenhaus investierten Sachkapitals machen die Personalkosten einen weit höheren Anteil an den Gesamtkosten der Krankenhäuser aus, und dieser Anteil dürfte in Zukunft wegen der hohen Personalkostenintensität noch weiter ansteigen. Zwar werden sich in einigen Fällen durch arbeitssparenden technischen Fortschritt auch bei den Personalkosten Senkungen erzielen lassen, jedoch ist insbesondere wegen des steigenden Bedarfs an medizinischen Leistungen und damit auch an ausreichendem und qualifiziertem Personal und wegen des vorläufig wohl unausgewogen bleibenden Verhältnisses von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt für Krankenhausleistungen in absehbarer Zeit mit weiteren Personalkostensteigerungen zu rechnen. Weitere wichtige Gründe für Personalkostensteigerungen sind in der allgemeinen Lohn- und Gehaltsentwicklung, in der wegen Arbeitszeitverkürzung notwendigen Personalvermehrung und im Ersatz von Mutterhaus-schwestern durch freie Schwestern zu sehen¹⁾.

In den nächsten Jahren werden also wegen der notwendigen Erweiterung und Verbesserung des Leistungsangebots die Gesamtkosten der Krankenhäuser ansteigen, auch wenn in einigen Bereichen die Nachfrage nach Krankenhausleistungen zurückgehen wird²⁾. Darüber hinaus ist auch mit einer Erhöhung der Kosten je Pfl egetag zu rechnen. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung dürfte demnach nur dann gewährleistet sein, wenn auch künftig ein größerer Teil der individuellen Einkommen und des Volkseinkommens für die Gesundheit aufgewandt wird. Dieser Entwicklung kommt unter Finanzierungsgesichtspunkten insbesondere dann große Bedeutung zu, wenn man

-
- 1) Der Ersatz von Mutterhaus-schwestern durch freie Schwestern ist insbesondere deshalb mit Personalkostensteigerungen verbunden, weil die Mutterhausabgaben und Stellungsgelder pro Mutterhaus-schwester in der Regel weit niedriger sind als das tariflich vereinbarte Einkommen einer freien Schwester.
 - 2) Ein solcher Rückgang kann z.B. aus Fortschritten der Pharmazie, Technik oder Medizin resultieren. Diese können etwa zu erweiterten Möglichkeiten ambulanter Behandlung oder auch dazu führen, daß Krankheiten, die heute noch eine Krankenhausbehandlung erfordern, teilweise oder völlig eingedämmt werden.

bedenkt, daß die Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst und für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung von 1962 bis 1967 um 11,3 % gestiegen sind, während die Steigerungsrate des Bruttosozialprodukts im gleichen Zeitraum nur 6,5 % betrug¹⁾.

Ähnliche Diskrepanzen der Steigerungsraten stellte man auch in Schweden fest. Dort wurden Berechnungen angestellt, wonach theoretisch die Kosten des Gesundheitsdienstes, die gegenwärtig ca. 9 % des Sozialprodukts ausmachen, in 30 Jahren sogar die Höhe des Sozialprodukts übersteigen werden²⁾³⁾. Wenn solchen Trendextrapolationen auch keine große praktische Bedeutung beigemessen werden kann, so verdeutlichen sie doch, daß langfristig die Steigerungsrate der Kosten des Gesundheitsdienstes der des Sozialprodukts angeglichen werden muß. Dies wird, soweit die Kosten nicht durch gesteigerte Effektivität der Gesundheitsleistungen kompensiert werden können, nur durch eine Begrenzung des Aufwandes für Krankenhausleistungen auf das absolut-notwendige Maß zu erreichen sein. Dazu wird eine Standardisierung dieser Leistungen erforderlich sein. Man wird also einen Kompromiß zwischen dem medizinisch und dem finanziell Möglichen suchen müssen.

-
- 1) Vgl. Eichhorn, Siegfried: Information, Kommunikation und Datenverarbeitung im Krankenhaus, in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg., Karlsruhe 1970, S. 312.
 - 2) Vgl. Scholer, Hans: Zur Wertung des Trends in der Krankenhausmedizin..., a.a.O., S. 467 f.
 - 3) In der BRD werden gegenwärtig ca 6 % des Sozialprodukts für die gesamten Gesundheitsleistungen und knapp die Hälfte davon für Krankenhausleistungen ausgegeben. Vgl. Adam, Wilhelm: Die Kosten der Gesundheit, in: Das Krankenhaus, 60. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1968, S. 340 f. und Scholer, Hans: Zur Wertung des Trends in der Krankenhausmedizin..., a.a.O., S. 468.

4. Die Finanzierung der Krankenhäuser

Nach der Erörterung der Leistungen und der Kosten der Krankenhäuser sollen nun die Probleme der Finanzierung untersucht und Lösungsmöglichkeiten der anstehenden Probleme aufgezeigt werden.

Obwohl die Finanzierung der Krankenhäuser in keinem Land der Erde befriedigend gelöst sein dürfte, hat dieses Problem in der BRD jahrelang nur wenig Interesse bei den verantwortlichen Politikern gefunden¹⁾. Die Deckung der im Krankenhaus entstehenden Kosten ist aber eine wesentliche Voraussetzung dafür, daß die Krankenhäuser die ihnen gestellten Aufgaben auf die Dauer erfüllen können. Nur wenn den Krankenhäusern langfristig eine Substanzerhaltung entsprechend der fortschreitenden medizinischen Entwicklung ermöglicht wird, können sie ihre volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Funktionen erfüllen. Immerhin sind sich mittlerweile die meisten Beteiligten darüber einig, daß den Krankenhäusern die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstandenen Selbstkosten erstattet werden müssen. Bislang war dies nur in der 1. und 2. Pflegeklasse der Fall. Die derzeitigen Diskussionen und Auseinandersetzungen beziehen sich deshalb primär auf die Kostenerstattung und Kostendeckung in der 3. Pflegeklasse.

- 1) Das weitverbreitete Desinteresse der Politiker an Krankenhausproblemen dürfte nicht zuletzt auf die schwache Stellung der Krankenhausträger zurückzuführen sein. Diese erklärt sich u.a. durch die schwache Krankenhauslobby und durch das mangelnde stimmenmäßige Gewicht bei politischen Wahlen. Die verantwortlichen Politiker nahmen sich bezeichnenderweise der Probleme der Krankenhäuser erst dann in verstärktem Maße an, als eine demoskopische Umfrage zu dem Ergebnis kam, daß 44 % der Bevölkerung den Bau und die Verbesserung von Krankenhäusern als vordringlichste öffentliche Aufgabe ansahen. Mit deutlichem Abstand folgten der Bau von Schulen und Hochschulen (37 %), der Straßenbau, der Bau von Kindergärten, Sportanlagen u.a.m. Vgl. Noelle-Neumann, Elisabeth: Das Image der deutschen Krankenhäuser, in: 53. Jahrestagung der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V., Kulmbach 1970, S. 22.

4.1. Krankenhausfinanzierung und Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung

Das Problem der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Pflegesätze darf nicht nur einseitig von seiner finanziellen Seite aus betrachtet werden, sondern es muß im Gesamtzusammenhang mit einem übergeordneten sozial- und gesellschaftspolitischen Konzept gesehen werden. Ein solches Konzept muß aus der Sicht der Krankenhäuser neben wirtschafts- und sozialpolitischen insbesondere auch gesundheitspolitische und ethische Aspekte einbeziehen und muß im Einklang mit der herrschenden Rechts- und Wirtschaftsordnung stehen. Inwieweit staatliche Eingriffe und Reglementierungen oder die freie Entfaltung (Ergreifung privater Initiativen, Übernahme von Verantwortung u.a.m.) aller im Krankenhaus Tätigen notwendig oder möglich sind, wird entscheidend von dem jeweils zugrunde liegenden ordnungspolitischen Konzept abhängen. Ohne an dieser Stelle eine Entscheidung für eine bestimmte Finanzierungsform für Krankenhäuser aufgrund eines bestimmten Konzepts präjudizieren zu wollen, läßt sich jedoch sagen, daß administrative Maßnahmen immer dann notwendig sein werden, wenn es keinen Marktmechanismus gibt, der unrationelle Entscheidungen aufdeckt, oder wenn die Ergebnisse des freien Wettbewerbs unzureichend oder unerwünscht sind.

4.1.1. Die Krankenhausfinanzierung im Rahmen einer gesamtwirtschaftlichen Präferenzfunktion¹⁾

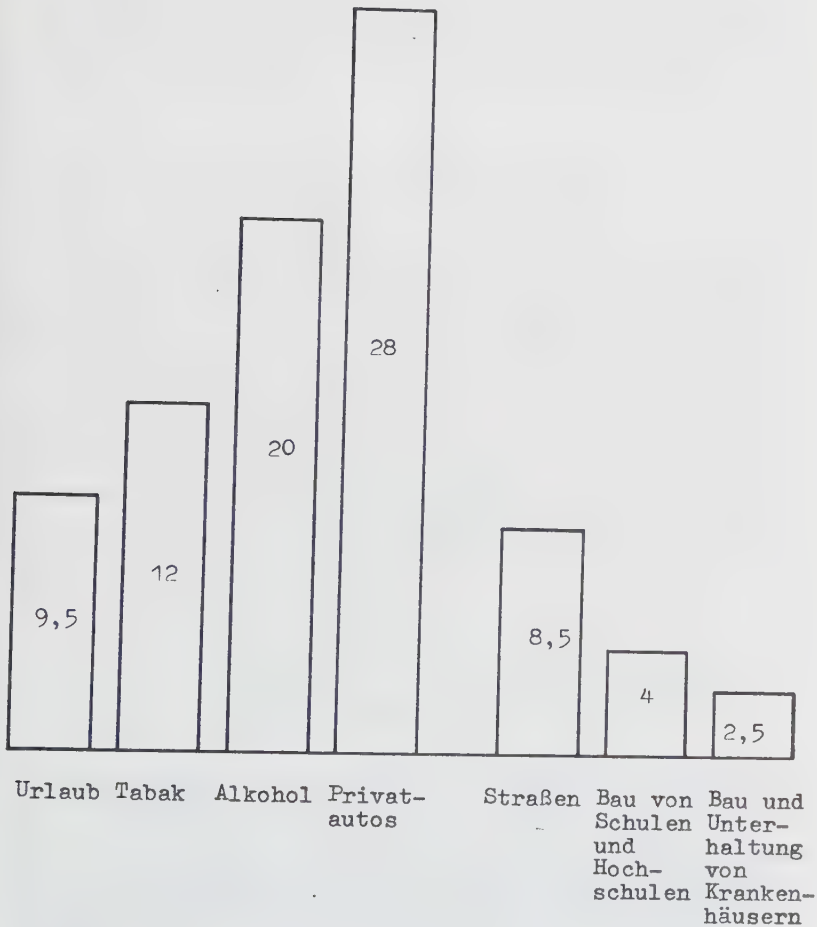
Um Planungs- und Finanzierungsprogramme für Krankenhäuser in sinnvoller Weise entwickeln zu können, muß zuvor eine grundlegende politische Entscheidung darüber getroffen werden, welche Priorität dem Gut Gesundheit (hier: Krankenhausversorgung) im Vergleich zu anderen Gütern eingeräumt werden soll. Die Gesundheit der Bevölkerung ist zwar ein

1) Zum Begriff gesamtwirtschaftliche Präferenzfunktion vgl. etwa Gäßgen, Gérard: Art. Allgemeine Wirtschaftspolitik, a.a.O., S. 130 f.

sehr wichtiges Gut, daneben gibt es aber weitere, je nach subjektiver Wertschätzung, gleich-, höher- oder geringwertige Güter. Im Hinblick auf die Knappheit der zur Verfügung stehenden Finanzierungsmittel müssen die politischen Entscheidungsinstanzen alle für die Bevölkerung wichtigen Güter gegeneinander abgrenzen und abwägen und dann eine Prioritätenskala der Bedürfnisbefriedigung aufstellen. In einer sozialen Marktwirtschaft sind dabei dem Umfang der vom Staat zu übernehmenden Aufgaben und der daraus resultierenden Ausgaben Grenzen gesetzt. So widerspricht es dieser wirtschaftspolitischen Konzeption, wenn etwa die Sozialausgaben der öffentlichen Hand in einem Maße erhöht werden, daß dadurch die Sorge um die Existenz- und Zukunftssicherung der Bürger immer mehr vom Staat übernommen wird, während private Initiative und Eigenverantwortung in gleichem Maße abgebaut werden. Soweit es die zuständigen Entscheidungsgremien jedoch als notwendig erkannt haben, bestimmte (zusätzliche) Aufgaben dem Staat zu übertragen, müssen dem Staat zur Bewältigung dieser Aufgaben auch die erforderlichen (zusätzlichen) Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden¹⁾. Diese Konsequenz ergibt sich ganz unabhängig von einer bestimmten Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung. Zwar werden viele Bürger - obwohl sie potentielle Krankenhauspatienten sind - nicht bereit sein, ihren privaten Konsum einzuschränken und etwa einen freiwilligen angemessenen Anteil an den Krankenhauskosten zu übernehmen oder entsprechend mehr Steuern zu zahlen; wenn aber z.B. der Bau von Straßen, Schulen, Universitäten oder auch von Krankenhäusern zugunsten des Konsums von Urlaubsreisen, Tabak, Alkohol, Autos u.a.m. eingeschränkt wird, so kann das zu erheblichen Wohlfahrtseinbußen führen.

1) Geschieht dies nicht, so sind die von Galbraith aufgezeigten negativen Folgen des "privaten Reichtums" bei gleichzeitiger "öffentlicher Armut" zu befürchten. Vgl. Galbraith, John Kenneth: Gesellschaft im Überfluß, München, Zürich 1959, S. 325 und derselbe: Die moderne Industriegesellschaft, München, Zürich 1969, S. 384 f.

Abb. 8: Ausgaben der privaten Haushalte und der öffentlichen Hand für ausgewählte Wirtschaftsgüter im Jahre 1969 (in Mrd. DM)



Quelle: O.V.: Soziales Ungleichgewicht, in: Kleiner Wirtschaftsspiegel. Eine Informationsschrift der Sparkassen, Nr. 5, Stuttgart 1971, S. 35.

Langfristig können damit sowohl für den einzelnen als auch für die Gesellschaft erhebliche Nachteile und Gefahren, nicht nur wirtschaftlicher Art, verbunden sein. So wird z.B. unzureichender Straßenbau zu einer steigenden Zahl von Verkehrstoten führen, und eine ungenügende Krankenhausversorgung aufgrund einer unzulänglichen Krankenhausfinanzierung wird zur Folge haben, daß mehr Menschen leiden und sterben müssen, als nach dem Stand von Medizin und Technik unvermeidbar wäre.

4.1.2. Individuelle und gesellschaftspolitische Aspekte der Krankenhausfinanzierung

Ebenso wie man der Ansicht sein kann, "daß die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen ein Prozeß individueller Bedürfnisbefriedigung ist"¹⁾, läßt sich andererseits auch die Auffassung vertreten, daß effiziente Gesundheits- und Krankenhauspolitik nur als Gemeinschaftsaufgabe aller betrieben werden kann²⁾. Die Lösung der Probleme der Krankenhausversorgung und -finanzierung hängt somit wesentlich davon ab, ob man Krankenhäuser als Dienstleistungsbetriebe des Sektors Gesundheitswesen begreift, die ihre Kosten durch leistungsgerechte Preise decken sollen, oder ob man Krankenhäuser der "sozialen Infrastruktur" zuordnet, für die nicht der Markt, sondern der Staat vorzusorgen hat. Im letzteren Fall würde sich die Finanzierung des Baus, gegebenenfalls auch des Betriebes, von Krankenhäusern als

-
- 1) Bogs, Walter u.a.: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, a.a.O., Ziff. 715, S. 254.
 - 2) Vielfach wird es als Aufgabe der öffentlichen Hand angesehen, nicht nur etwa Schulen, Universitäten, öffentliche Verkehrsmittel, Theater, Schwimmbäder u.a.m. zu unterhalten, sondern auch Krankenhäuser zu bauen und gegebenenfalls auch den Betrieb von Krankenhäusern zu finanzieren oder zu subventionieren. "Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten ist eine öffentliche Aufgabe." Vgl. Bundestagsdrucksache V/3008, Schriftliche Antwort der Bundesregierung zu der großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik, Bonn, den 12. Juli 1968, S. 11, ähnlich auch BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 14.

Gemeinschaftsaufgabe der öffentlichen Hand darstellen. Der einzelne Krankenhausbenutzer würde dann nur anteilmäßig oder gar nicht zur direkten Kostendeckung herangezogen¹⁾.

Die Problematik der Krankenhausfinanzierung mündet damit in die Frage: Wer soll oder muß nach welchen Kriterien welche Kostenbestandteile in welchem Umfange auf welche Art und Weise tragen?

In diesem Zusammenhang interessieren weniger die betriebswirtschaftlichen Komponenten des Preisgebarens und der Preispolitik von Krankenhäusern - wenngleich sie nicht gänzlich aus den Betrachtungen ausgeklammert werden können - als vielmehr die gesundheitspolitischen, sozialpolitischen, finanzpolitischen und insbesondere die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der unterschiedlichen Formen der Krankenhausfinanzierung. Aus volkswirtschaftlicher Sicht interessiert vor allem, inwieweit bestimmte Finanzierungsformen (Preissysteme) bedarfswirtschaftlich-gemeinnütziger Unternehmen wie der Krankenhäuser als Stimulans hinsichtlich der Leistungserstellung wirken und inwieweit sie zur Befriedigung der jeweils bestehenden Nachfrage beitragen.

4.2. Darstellung und Kritik unterschiedlicher Formen der Krankenhausfinanzierung

Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ist seit Jahren ein vieldiskutiertes und umstrittenes Problem. Die Argumente für und wider verschiedene Finanzierungssysteme und -methoden sind entsprechend den verschiedenen zugrundeliegenden politischen Konzeptionen und je nach Interessenstandpunkt der an dieser Auseinandersetzung Beteiligten

1) Je weniger die Krankenhäuser durch direkte Zahlungen oder durch Versicherungsbeiträge finanziert werden, um so größer wird ceteris paribus der durch Steuern zu finanzierende Anteil.

höchst kontrovers. Die Lösungsvorschläge reichen von einem streng marktwirtschaftlich orientierten Modell bis zu einer vollkommenen Verstaatlichung des gesamten Krankenhaus- und Gesundheitswesens.

Aus dem Spektrum der Pläne und Vorschläge zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung lassen sich hinsichtlich der Art der Kostendeckung durch Pflegesätze oder durch Mittel der öffentlichen Hand zunächst drei Gruppen bilden, unter die sich mutatis mutandis sämtliche mögliche Formen der Krankenhausfinanzierung einordnen lassen.

(1) Das staatlich finanzierte Krankenhauswesen:

Bei dieser Lösung der Krankenhausfinanzierung werden die Kosten der Krankenhäuser in vollem Umfang von der öffentlichen Hand übernommen.

(2) Die marktwirtschaftliche Lösung:

Diese Form der Finanzierung der Krankenhäuser zeichnet sich dadurch aus, daß die von den Krankenhäusern den Patienten oder deren Versicherern in Rechnung gestellten Pflegesätze die gesamten Krankenhauskosten decken.

(3) Die sozialpolitische Lösung:

Bei dieser Finanzierungsform enthalten die von den Krankenhäusern den Patienten oder deren Versicherern in Rechnung gestellten Pflegesätze nur einen näher zu bestimmenden Teil der gesamten Krankenhauskosten (etwa die Betriebskosten oder die Benutzungskosten). Der durch den Pflegesatz ungedeckte Teil der Krankenhauskosten (etwa die Investitionskosten oder die Vorhaltungskosten) wird von der öffentlichen Hand übernommen.

Die verschiedenen Finanzierungsformen sollen im folgenden, ausgehend von der jeweils zugrundeliegenden politi-

schen Konzeption, insbesondere hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Effektivität untersucht werden. Dazu wäre u.a. zu prüfen, welche Zwecke und Ziele mit den jeweiligen Lösungsvorschlägen verfolgt werden, welche Voraussetzungen zu ihrer Realisierung erfüllt sein müssen und was für beabsichtigte und unbeabsichtigte Folgen sie haben oder haben können. Wichtig für die Beurteilung der verschiedenen Lösungsvorschläge ist weiterhin, daß sie nicht nur vorübergehend einen Engpaß beseitigen, sondern daß sie eine langfristige und sachgerechte Lösung der schon seit Jahren anstehenden Probleme ermöglichen.

Aus den folgenden Ausführungen über den derzeitigen Stand der Krankenhausfinanzierung wird sich ergeben, daß eine Neuordnung notwendig ist.

4.2.1. Die heutige Form

Auf Grund der seit 1954 gültigen Bundespflegesatz-Verordnung sind die Pflegesätze in der 3. Pflegeklasse der Krankenhäuser preisrechtlich gebunden¹⁾. Diese Verordnung stützt sich auf das Preisgesetz vom 10. April 1948 (WiGBI. S. 27) in der Fassung vom 7. Januar 1952 (BGBI. I S. 7). Sie bewirkt de facto, daß die Krankenhäuser gezwungen werden, ihre Leistungen in der 3. Pflegeklasse unter den ihnen entstehenden Selbstkosten zu erbringen. Zwar sieht die Bundespflegesatz-Verordnung vor, daß die den Krankenhäusern bei "sparsamer Wirtschaftsführung" entstehenden Selbstkosten zu erstatten sind; gleichzeitig wird jedoch die Höhe der nach dieser Verordnung zulässigen Selbstkosten durch verschiedene Schranken limitiert²⁾. Für die Krankenhäuser sind jene Bestimmungen am gravierendsten, nach denen von den betriebswirtschaftlich

1) Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen, den Vereinigungen der Kassenärzte und der Kassen-Zahnärzte ist die Vertragsfreiheit der Krankenhäuser damit erheblich eingeschränkt.

2) Vgl. Abschn. 3.2.2.1. dieser Arbeit.

ermittelten Selbstkosten nur bestimmte Kostenarten als für die Sozialversicherung erstattungspflichtig gelten. Zudem muß bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger berücksichtigt werden¹⁾. Damit kommt die bisherige Form der Krankenhausfinanzierung zu einem Teil einer verdeckten Subventionierung der Sozialversicherungsträger durch die Krankenhausträger und die Gebietskörperschaften, die Betriebszuschüsse gewähren, gleich.

Die Folgen solcher Bestimmungen²⁾ sind höchst bedenklich; denn eine sozial kalkulierte Preissetzung für Krankenhausleistungen (Pflegesatzermittlung) unter den betriebswirtschaftlich ermittelten Selbstkosten muß langfristig zu Leistungsniveausenkungen oder Substanzverlusten bei den betroffenen Krankenhäusern führen. Investitionen für den Ersatz abgenutzter Anlagen und für notwendige Modernisie-

1) Daneben hat aber auch die kostenungünstige Struktur und außerordentliche Kostenhöhe vieler Krankenhäuser (teilweise auch durch unwirtschaftliche Betriebsführung bedingt) in erheblichem Maße zu der finanziellen Notlage dieser Krankenhäuser beigetragen.

2) Da die Bundespflegesatz-Verordnung lediglich eine Rahmenverordnung ist, konnten die zuständigen obersten Landesbehörden auf der Grundlage dieser Verordnung Einzelverordnungen (Landespflegesatz-Verordnungen erlassen. Mit Ausnahme von Baden-Württemberg und Bayern ist dies in allen Bundesländern geschehen. Die verschiedenen Landespflegesatz-Verordnungen befassen sich insbesondere mit der Festlegung des Verfahrens der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze, der Krankenhausbettenwerte und der Abschreibungssätze sowie mit Bestimmungen über Gruppenordnungen von Krankenhäusern und die Abgeltung von Nebenkosten. Durch die verschiedenen Landespflegesatz-Verordnungen haben sich regional unterschiedliche Entwicklungen ergeben.

rungen der Krankenhäuser müssen in weitem Umfang oder völlig unterbleiben, weil die Einnahmen der Krankenhäuser in erster Linie zur Abdeckung der fälligen Zahlungsverpflichtungen benötigt werden. Die Funktionsfähigkeit dieser Krankenhäuser wird damit in zunehmendem Maße eingeschränkt. Wenn die Pflegesätze mit Rücksicht auf die wirtschaftliche Lage der Sozialversicherungsträger aber nicht einmal die nachgewiesenen, nach der Bundespflegesatz-Verordnung berechtigten Krankenhausselbstkosten decken, so ist es nur noch eine Frage der Zeit, wann die betroffenen Krankenhäuser funktionsunfähig werden¹⁾. Damit muß die Verfassungsmäßigkeit der Bundespflegesatz-Verordnung angezweifelt werden²⁾, zumal das Bundesverwaltungsgericht auf die Aufgabe des Staates hingewiesen hat, durch die Bemessung der Pflegesätze den Krankenhäusern die Existenzgrundlage zu erhalten³⁾.

Obwohl die Pflegesätze in der BRD in den letzten Jahren stark erhöht worden sind, hat sich das Defizit der Krankenhäuser durch die nicht-kostendeckenden Pflegesätze in der 3. Pflegeklasse ständig erhöht. Ein Teil des jeweils entstehenden Defizits wird zwar durch Mittel aus

-
- 1) Die gegenwärtige Kostenunterdeckung der Krankenhäuser hat den betriebswirtschaftlich kuriosen, aber existenzbedrohenden Tatbestand zur Folge, daß der Verlust eines Krankenhauses um so höher ist, je höher der "Umsatz" (Zahl der aufgenommenen Patienten) ist.
 - 2) Vgl. Bachof, Otto: Rechtsgutachten über die Verfassungs- und Gesetzmäßigkeit der Bundespflegesatz-Verordnung (VO PR Nr. 7/54 vom 31.8.1954), Schriften der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Heft 3, Stuttgart und Köln 1963, S. 58 f.
 - 3) Vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 22. Febr. 1963 - VII C 2/62 -, in: Die öffentliche Verwaltung, 16. Jg., Stuttgart 1963, S. 840.

öffentlichen Haushalten, durch Pflegesatzzeinnahmen aus der 1. und 2. Pflegeklasse, durch Einnahmen aus Nebenbetrieben und durch private Zuwendungen gedeckt, das verbleibende Restdefizit steigt jedoch jährlich weiter. Decken aber die Pflegesätze die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Selbstkosten der Krankenhäuser nicht, so müssen letztlich die Steuerzahler das Defizit der Krankenhäuser tragen. Nur so kann eine Senkung des Versorgungsstandards vermieden werden. Das bedeutet aber, daß auch der Teil der Bevölkerung, der sozialversichert ist, diese Defizite mittragen muß, obwohl gerade dieser Personenkreis durch die Festsetzung des Pflegesatzes unter den Selbstkosten entlastet werden soll.

Sollen die Krankenhäuser infolge ihrer jährlichen Milliardendefizite¹⁾ nicht einem finanziellen Ruin mit seinen unverantwortlichen Folgen ausgeliefert werden, so muß es für die zuständigen politischen Entscheidungsinstanzen eine vordringliche Aufgabe sein, eine schnelle und für den Heilung suchenden Kranken wie für die betroffenen Krankenhausträger akzeptable Lösung zu suchen. Je länger die anstehenden Probleme ungelöst bleiben, um so gravierender werden die Folgen für die Effektivität des gesamten Gesundheitswesens sein und um so komplizierter wird eine für alle Beteiligten tragbare Lösung.

1) Die Fortschreibung des Defizits der Akutkrankenhäuser bei der stationären Behandlung in der 3. Pflegeklasse von rd. 840 Mill. DM aus dem Jahr 1966 läßt für 1972 ein Defizit von weit über 1 Mrd. DM erwarten. Ohne Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse und der Finanzierungszuschüsse (bzw. Teilen der als Darlehen gewährten Finanzierungshilfen) würde das Defizit jährlich sogar 2 Mrd. DM übersteigen. Vgl. BTDr. V/4230, a.a.O., S. 21 sowie BTDr. VI/1141, a.a.O., S. 2. In der BTDr. VI/1141 ist eine unrealistische Kostensteigerungsrate von nur 3 % jährlich unterstellt worden.

4.2.2. Das staatlich finanzierte Krankenhauswesen

Seit einigen Jahren kann man in fast allen europäischen Ländern Bestrebungen feststellen, daß Gesundheitsleistungen in zunehmendem Maße von der öffentlichen Hand finanziert und im Rahmen eines staatlichen Volksgesundheitsdienstes erbracht werden sollen. Auch in der BRD wurde und wird immer wieder¹⁾ offen oder unterschwellig - ein staatlich finanziertes Krankenhaus- und Gesundheitswesen gefordert²⁾. Hinsichtlich des Krankenhauswesens bieten sich dazu grundsätzlich zwei Möglichkeiten an: einmal kann der Staat die gesamten Krankenhauskosten bei Weiterführung der Krankenhäuser durch die bisherigen Träger übernehmen; zum anderen können die Krankenhäuser bei staatlicher Finanzierung unmittelbar als staatliche Regiebetriebe³⁾ (Verstaatlichung) geführt werden⁴⁾. Die erste der beiden Formen braucht hier nicht näher erörtert zu werden, da sie im Hinblick auf die zweite lediglich eine Übergangsphase darstellt. Die zuständigen Verwaltungen sind nämlich verpflichtet, im wohlverstandenen Interesse der Allgemeinheit die Verwendung öffentlicher Mittel zu

1) Vgl. etwa Simon, Gerhard: Der sozialpolitische Nulltarif, in: Sozialer Fortschritt, 19. Jg., Berlin und München 1970, S. 112.

2) Die Forderung nach einem staatlich finanzierten Krankenhausssystem ist nicht notwendigerweise mit der Forderung nach klassenlosen Krankenhäusern gleichzusetzen. Erstere bezieht sich primär auf die Krankenhausfinanzierung, letztere in erster Linie auf die Struktur und Organisation der Krankenhäuser. Dem Problem der klassenlosen Krankenhäuser ist der Abschn. 4.3.1. dieser Arbeit gewidmet.

3) Als Regiebetriebe sind Krankenhäuser ein Teil der öffentlichen Verwaltung.

4) Ähnliche Regelungen finden sich in Großbritannien, Skandinavien und in den Ostblockstaaten.

überwachen. Die damit verbundene Einflußnahme würde den Bereich der Freiheit, Initiative und Selbstverantwortung von Individuen und Gruppen im Krankenhauswesen in einem Maße einschränken, daß diese ihre organisatorische und wirtschaftliche Selbständigkeit verlieren und sich mit großer Wahrscheinlichkeit aus dem Krankenhauswesen zurückziehen würden. Damit würde es notwendigerweise zu einer Verstaatlichung des Krankenhauswesens kommen.

Vielfach glauben die Befürworter eines staatlich finanzierten Krankenhauswesens, daß mit Hilfe eines solchen Systems die wirtschaftlichen Probleme der Krankenhäuser gelöst werden könnten. Die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG) vertritt darüber hinaus sogar die Auffassung, daß die Einführung eines staatlich finanzierten Krankenhauswesens "eine echte soziale Großtat und ein Fortschritt auf dem Wege zur Verbesserung der Volksgesundheit"¹⁾ sei. Es muß jedoch bezweifelt werden, daß die vollständige Finanzierung der Krankenhäuser durch die öffentliche Hand tatsächlich die ökonomische und medizinische Effizienz der einzelnen Krankenhäuser und des gesamten Gesundheitswesens zu steigern vermag. Ärzte und sonstiges Krankenhauspersonal werden nach einer Verstaatlichung des Krankenhauswesens kaum besser, schneller oder länger arbeiten als vorher, nur weil sie dann Beamte wären. Das Gegenteil ist zu befürchten, da den Krankenhäusern durch eine Verstaatlichung weitgehend das wirtschaftliche Risiko genommen würde.

Sozialer als andere Krankenhausfinanzierungssysteme (mit entsprechender Subventionierung wirklich bedürftiger Patienten) dürfte ein staatlich finanziertes Krankenhauswesen ohnehin nicht sein. Solange es arme und reiche Patienten gibt, wird es trotz Verstaatlichung des Gesundheitswesens auch immer wieder soziale Unzuträglichkeiten geben. Das zeigt

1) Pressestelle beim Bundesvorstand der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (Hrsg.): DAG-Pressedienst Nr. 78/69, Hamburg, den 31.7.1969; ähnlich auch DAG-Pressedienst Nr. 80/69, Hamburg, den 6.8.1969.

sich auch in England, wo die Verstaatlichung des Gesundheitsdienstes zur Errichtung einer Vielzahl von Privatkrankenhäusern geführt hat. Der Arzt eines "zahlenden Privatpatienten" findet für diesen dort immer ein Krankenhausbett, auch wenn die Behandlung nicht dringend erforderlich ist. Der "nichtzahlende Gesundheitsdienstpatient" muß dagegen oft monatelang warten. Außerdem muß auch bei dieser Finanzierungsform letzten Endes der Patient, Bürger oder Versicherte die Kosten des Krankenhauswesens tragen, wenn auch in anderer Form. Aus volkswirtschaftlicher Sicht erscheint es zunächst unerheblich, ob die Finanzmittel aus Steuer- oder aus Beitragszahlungen zur Sozialversicherung aufgebracht werden. Auch für die privaten Haushalte werden sich bezüglich der Aufbringung zunächst keine großen Unterschiede ergeben, da die Belastungseffekte einer Steuerfinanzierung gegenüber denen einer Finanzierung aus parafiskalischen Leistungen (Sozialversicherungsbeiträgen) nur geringfügig abweichen¹⁾. Der einzelne wird durch eine Steuerfinanzierung schon deshalb nicht nachhaltig entlastet werden können, weil bei steigender Soziallast infolge der Masse der mittleren und kleineren Einkommen und der relativ geringen Anzahl hoher Einkommen in zunehmendem Maße auch Empfänger von Sozialleistungen an der Aufbringung der Finanzmittel für soziale Zwecke beteiligt werden müssen²⁾. Damit sind solche

-
- 1) Zu den Belastungs- und Redistributionswirkungen unterschiedlicher Finanzierungsarten für Krankenhausleistungen vgl. Starke, Marie-Theres: Die Finanzierung der Krankenhausleistungen als sozial- und ordnungspolitisches Problem, Münster 1962, S. 60 ff.
 - 2) Jecht hat diese Zusammenhänge in einem "Gesetz der steigenden Sozialausgaben" erfaßt. Danach verwandelt sich eine vertikale Redistribution mit steigenden Sozialausgaben in eine horizontale. Vgl. Jecht, Horst: Art. Öffentliche Finanzwirtschaft (III), in: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, Bd. 3, Stuttgart, Tübingen, Göttingen 1961, S. 705.

staatlichen Finanztransaktionen insofern ineffizient, als es die gleichen Personen sind, die die Finanzmittel für soziale Zwecke aufbringen und diese Mittel schließlich mehrfach dezimiert (Gesundheitsbürokratie) direkt oder indirekt zurückerhalten.

Dieser zusätzliche Verwaltungsaufwand wird sich sogar noch potenzieren, da es nicht möglich ist, nur einen Teil des Gesundheitswesens zu verstaatlichen. Würde man etwa nur die stationäre Krankenhausversorgung verstaatlichen, den ambulanten Bereich der Krankenversorgung aber weiterhin privatrechtlich regeln, so würde im Krankheitsfalle jeder versuchen, sich stationär behandeln zu lassen. Will man die gesamten Kosten der stationären Krankenhausversorgung durch Mittel der öffentlichen Hand abdecken, so wird man also gezwungen sein, die gesamte Krankenversorgung über Steuermittel zu finanzieren.

Gegen eine Staatsfinanzierung sprechen auch sozialpsychologische Gründe. Da eine solche Finanzierungsform die Zusammenhänge zwischen Leistung und Gegenleistung verwischt, besteht die Gefahr, daß der "kostenlose" Krankenhausaufenthalt auch dann in Anspruch genommen wird, wenn kein medizinisch notwendiger Bedarf besteht. Das kann z.B. dazu führen, daß Krankenhäuser länger in Anspruch genommen werden als medizinisch notwendig oder daß sie als Pflege- oder Altersheime zweckentfremdet werden. Auch das wird sich kostensteigernd auswirken, da hierdurch der Bedarf an Krankenhausleistungen künstlich aufgebläht wird.

Es läßt sich somit feststellen, daß ein staatlich finanziertes Krankenhauswesen gegenüber anderen Finanzierungssystemen weder aus medizinischer, ökonomischer, noch aus sozialer Sicht Vorteile bietet. Ein solcher Beweis konnte bisher jedenfalls nicht erbracht werden. Gemessen an Erfahrungen in anderen Ländern dürfte ein staatlich finanziertes Krankenhaussystem eher teurer und weniger effizient sein. Zwar gibt es bislang keine exakten Kostenvergleiche zwischen einem verstaatlichten Krankenhauswesen und etwa der gegenwärtig in der BRD praktizierten Form. Vergleicht man jedoch

die Kostenhöhe und -entwicklung öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser in der BRD, so stellt man fest, daß die freigemeinnützigen zumindest im Verwaltungssektor in der Regel niedrigere Kosten haben als die öffentlichen Krankenhäuser¹⁾. Aber selbst, wenn die verschiedenen Finanzierungssysteme von daher gleichwertig wären, wäre ein staatlich finanziertes Krankenhauswesen dennoch abzulehnen; denn der staatlich garantierte Anspruch auf "kostenlose" Behandlung²⁾ im Krankheitsfall ist in einem solchen System - was nicht zuletzt die Warteschlangen in England oder Schweden verdeutlichen - mit einer erheblichen Einschränkung der persönlichen Freiheit verbunden³⁾.

4.2.3. Die marktwirtschaftliche Lösung - Vollkostendeckende Pflegesätze

Man könnte annehmen, daß in einer Marktwirtschaft gemäß dem Verursachungsprinzip jeder die Kosten trägt, die durch seine Krankenhausversorgung entstanden sind. Demzufolge müßten vollkostendeckende Pflegesätze selbstverständlich sein. Immer häufiger aber wird argumentiert, daß die Unvollkommenheit des Krankenhausmarktes staatliche Eingriffe erfordere. Außerdem wird die Auffassung vertreten, daß marktwirtschaftliche Grundsätze aus sozialen und politischen Gründen nicht auf den Gesundheitssektor anwendbar seien. Zur Überprüfung der Argumente sollen zwei mögliche Arten der marktwirtschaftlichen Form der Krankenhausfinanzierung (Finanzierung mittels vollkostendeckender Pflegesätze) untersucht werden:

- (1) die reine marktwirtschaftliche Lösung,
- (2) die modifizierte marktwirtschaftliche Lösung.

1) Vgl. Elsholz, Konrad: Die Krankenhausversorgung - ein gesundheitspolitischer Notstand, in: Arbeit und Sozialpolitik, 23. Jg., Baden-Baden 1969, S. 170.

2) Nicht zu verwechseln mit sofortiger, optimaler Behandlung.

3) In Schweden, wo Patienten je nach Wohnort bestimmten Ärzten (Distriktärzten, Bezirksärzten) zugeteilt werden, ist sogar das Recht der freien Arztwahl eingeschränkt.

Beide Arten lassen sich weiterhin danach unterteilen, ob unter bestimmten Voraussetzungen die öffentliche Hand an diejenigen in subsidiärer Weise Zuschüsse zahlt, die für die Kosten der Krankenhäuser aufzukommen haben.

4.2.3.1. Die reine marktwirtschaftliche Lösung

Bei dieser Form der Krankenhausfinanzierung zahlen die privaten Haushalte als aktuelle Benutzer eines Krankenhauses den vollen Preis (Pflegesatz) für die in Anspruch genommenen Leistungen direkt an das Krankenhaus¹⁾. Da sich zwischen der gewährten Leistung und dem dafür geforderten Entgelt eindeutige Beziehungen herstellen lassen, wäre eine solche Lösung finanztechnisch durchaus möglich²⁾. Kostenabgrenzungsschwierigkeiten, wie sie etwa bei einem gemischten Finanzierungssystem entstehen, würden bei dieser Lösung entfallen. Dieses streng marktwirtschaftlich konzipierte System³⁾ zeichnet sich weiterhin dadurch aus, daß sowohl die Krankenhäuser als auch die Benutzer der Krankenhäuser, die alle den Status von Privatpatienten hätten, ihre Entscheidungen in weit stärkerem Maße als bisher an wirtschaftlichen Maximen auszurichten hätten. Dies hätte zweifellos einen positiven Einfluß auf das Maß der Krankenhaus"freudigkeit" und auf die Länge der Verweildauer. Zudem würde durch die Erstattung der Krankenhausselbstkosten eine Versorgung der Bevölkerung mit

1) Besteht für leitende Krankenhausärzte ein Liquidationsrecht, so haben Zahlungen der Patienten an das jeweilige Krankenhaus und die Liquidationsberechtigten Ärzte zu erfolgen.

2) Vgl. Hax, Karl: Die öffentliche Unternehmung in der Marktwirtschaft, in: Finanzarchiv, N.F., Bd. 27, Tübingen 1968, S. 38 f.

3) Zur Realisierung eines solchen Systems müßten die Krankenhäuser von jeglichen Preisbindungsvorschriften ausgenommen werden.

Krankenhausleistungen nach dem neuesten Stand der Medizin und der Technik ermöglicht, und durch die vollständige Kostenerstattung würde die Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Krankenhäuser gewahrt bleiben.

Dieses Finanzierungssystem kann für den einzelnen Patienten aber neben wirtschaftlichen Nachteilen mit unerträglichen gesundheitlichen Folgen verbunden sein. Wäre nämlich der Markt für Krankenhausleistungen völlig frei und gäbe es weder Subventionen noch ein Krankenversicherungssystem, so würde sich ein Ausgleich von Angebot und Nachfrage einstellen, bei dem wirtschaftlich leistungsschwache Patienten Krankenhausleistungen nur in bestimmtem Umfang oder gar nicht in Anspruch nehmen könnten. Sie müßten somit in einem ernststen Krankheitsfalle vielleicht eher sterben als leistungsstarke Patienten.

Solchen gesundheits- und sozialpolitischen Folgen müßte durch ein umfassendes gesetzliches Krankenversicherungssystem begegnet werden¹⁾. Bestünde nämlich keinerlei oder nur unzureichender Versicherungsschutz für weite Bevölkerungskreise, so hätte der Staat diese Folgen durch entsprechende Subventionen abzuwenden. Die im Sektor Krankenhauswesen erforderlich werdende Subventionierung hätte aber zur Folge, daß auch in anderen Teilen des Gesundheitswesens, insbesondere bei der ambulanten Behandlung in freien Arztpraxen, in gleicher oder in ähnlicher Weise Subventionen gewährt werden müßten; geschähe dies nicht, so würden die Patienten den Versuch machen, ambulante Behandlung durch stationäre Behandlung zu substituieren. Allein die für die Krankenhausbehandlung erforderlichen Massensubventionen würden aber einen Umfang annehmen müssen, der dem Charakter von Subventionen in einer sozialen Marktwirtschaft zuwiderliefe und einen unübersehbaren Verwaltungsaufwand zur Folge hätte. Damit würde der Weg von einem

1) Hierin besteht bereits ein Bruch gegenüber der reinen marktwirtschaftlichen Lösung.

Sozialstaat zu einem Wohlfahrts- und Versorgungsstaat eingeschlagen, bei dem durchaus zweifelhaft wäre, ob langfristig das wirtschaftliche Leistungsvermögen der Volkswirtschaft ausreicht, die steigenden Wohlfahrtsansprüche der Bevölkerung zu befriedigen. Es bliebe somit zu prüfen, ob die marktwirtschaftliche Form der Krankenhausfinanzierung in Verbindung mit einem auf den Grundsätzen der Solidarität und Subsidiarität beruhenden Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung eine Lösung der Krankenhausfinanzierungsprobleme darstellen kann.

4.2.3.2. Die modifizierte marktwirtschaftliche Lösung

Bei dieser Form der Krankenhausfinanzierung findet zur Vermeidung gesundheitspolitischer Mißstände und sozialer und wirtschaftlicher Härten ein Solidarausgleich mit Hilfe gesetzlicher und/oder privater Krankenversicherungen statt. Die privaten Haushalte zahlen demnach die Krankenhauskosten als potentielle Krankenhausbenutzer über die Krankenkassen¹⁾. Das Einschalten von Krankenkassen zwischen Krankenhäuser und Patienten macht das wirtschaftliche Risiko von Krankheiten für den einzelnen tragbar und ermöglicht einen aus sozialen Gründen wünschenswerten internen Lastenausgleich zwischen den Mitgliedern der Krankenkassen. In einem solchen Fall schließen sich - wie die Vergangenheit gezeigt hat - sowohl die Krankenkassen als auch die Krankenhäuser zur Stärkung ihrer Marktmacht zu Verbänden zusammen, wodurch eine oligopolistische

1) Hierfür ist es unerheblich, ob die Krankenkassen das Sachleistungs- oder das Geldleistungssystem praktizieren. Ohne Belang ist auch, ob die Krankenkassen die Krankenhauskosten schulden oder ob die Patienten zunächst für die Kosten aufzukommen haben und einen Teil oder sämtliche Kosten von den Krankenkassen erstattet bekommen. In der Regel erfolgt die Kostenerstattung für eine Krankenhausbehandlung nicht an die Mitglieder der Krankenkasse, sondern die Kassen zahlen zur Sicherung einer größeren Marktmacht direkt an Krankenhäuser und Ärzte.

(teilweise sogar monopolistische) Marktstruktur entsteht¹⁾.

Dieser Polarisierung auf dem Markt für Krankenhausleistungen trägt das von A n d r e a e²⁾ entwickelte Modell der Krankenhausfinanzierung Rechnung. Sellvertretend für andere Autoren³⁾, die gleichfalls für eine Krankenhausfinanzierung über kostendeckende Preise (Pflegesätze) bei gleichzeitigem Versicherungsschutz weiter Bevölkerungskreise und gegebenenfalls notwendiger Subventionierung (der Patienten, der Krankenkassen oder der Krankenhäuser) eintreten, soll hier das Modell von A n d r e a e dargestellt und beurteilt werden. Dieses Modell basiert auf fünf politischen Axiomen⁴⁾:

- (1) Freiberuflichkeit der Ärzte.
- (2) Freie Krankenhauswahl der Patienten.
- (3) Funktionaler und regionaler Pluralismus. Das bedeutet, daß alle Gebietskörperschaften, weltanschaulichen und privaten Gruppen die gleichen Bedingungen beim Bau und Betreiben eines Krankenhauses haben sollen wie der Staat.

-
- 1) Soweit von staatlicher Seite (Preisbildungsstellen) kein Einfluß auf die Preisbildung genommen wird, bleiben die Marktparteien (Krankenhäuser - Krankenkassen) in ihren preispolitischen Entscheidungen frei.
 - 2) Vgl. Andreae, Clemens-August und Van der Bellen, Alexander: Finanzpolitik und öffentliche Anstalten. Das Beispiel der Krankenhausfinanzierung, in: Finanz- und Geldpolitik im Umbruch, hrsg. von Haller, Heinz u.a., Mainz 1969, S. 255 ff. und Andreae, Clemens-August: Krankenhausfinanzierung - Modell einer Neuordnung, in: Der angestellte Arzt, 22. Jg., Münster 1969, S. 77 ff.
 - 3) Vgl. Schreiber, Wilfrid: Der "Markt" der Krankenhausleistungen, a.a.O., S. 468 ff.; Richter, Gerhard: Muß ein Krankenhaus mit Defizit arbeiten? in: Das Krankenhaus, 61. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1969, S. 81 ff.; Fuß, Fritz: Ein Vorschlag zur Lösung der Fragen der Finanzierung der Krankenhäuser, Festsetzung kostendeckender Pflegesätze und Änderung der Bundespflegesatz-Verordnung, in: Krankenhaus-Umschau, 38. Jg., Kulmbach 1969, S. 231 ff. u. a.
 - 4) Vgl. Andreae, Clemens-August: Krankenhausfinanzierung - Modell einer Neuordnung, a.a.O., S. 77.

- (4) Subsidiärer Einsatz staatlicher Finanzhilfen im Sinne sektoraler und regionaler Strukturpolitik.
- (5) Subsidiärer Einsatz staatlicher Finanzhilfen aus sozialen und konjunkturellen Gründen.

Hieraus leitet A n d r e a e folgende ökonomische Postulate ab¹⁾:

- (1) Krankenhäuser sind gemeinwirtschaftliche Unternehmen und als solche eigenwirtschaftlich zu führen.
- (2) Die Patienten haben prinzipiell die gesamten verursachten Krankenhauskosten über Benutzungsgebühren (Preise) zu tragen.
- (3) Staatliche Finanzierungshilfen sollen nur aus sozialen und konjunkturpolitischen Gründen oder im Hinblick auf eine sektorale und regionale Strukturpolitik vergeben werden (Objektförderung).
- (4) Sollten einzelne Patienten die hohen Beiträge zur Sozialversicherung nicht aufbringen können, so kann der Staat zur Finanzierung der Beiträge solchen Mitgliedern Zuschüsse gewähren (Subjektförderung).

Diese Forderungen garantieren nach A n d r e a e eine marktwirtschaftliche Steuerung der Krankenhausfinanzierung und einen echten Leistungswettbewerb. Seiner Ansicht nach spiegeln die dann zwischen den Krankenkassenverbänden und Krankenhausverbänden ausgehandelten Preise die Dringlichkeit des Gesundheitsbedarfs wider, und die Erstellung von Krankenhausleistungen kann nachfragegerecht und kostengünstig erfolgen²⁾.

1) Vgl. Andreae, Clemens-August: Krankenhausfinanzierung - Modell einer Neuordnung, a.a.O., S. 78.

2) Vgl. derselbe: Krankenhausfinanzierung - Modell einer Neuordnung, a.a.O., S. 78 f.

Die Gegner vollkostendeckender Pflegesätze führen gegen diese Form der Krankenhausfinanzierung jedoch immer wieder an, daß die Festsetzung kostendeckender Pflegesätze zu einer unsozialen und untragbaren Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge führen müßte¹⁾. Tatsächlich würde die Einführung kostendeckender Pflegesätze in der Mehrzahl der Fälle den durch das "Lohnfortzahlungsgesetz"²⁾ festgelegten Höchstbetrag zur gesetzlichen Krankenversicherung von 8 % des Grundlohns übersteigen. In der Krankenhausenquête wurde seinerzeit festgestellt, daß die Mehrbelastung durch kostendeckende Pflegesätze eine Betragserhöhung von ca. 6,2 % der Beiträge oder 0,6 % des durchschnittlichen Grundlohnes erforderlich machen würde³⁾. Das würde bedeuten, daß eine Beihilfeverpflichtung der Gemeinden an die Orts- und Landkrankenkassen und der Betriebe an die Betriebskrankenkassen entstehen könnte⁴⁾.

Es muß aber die Frage gestellt werden, ob eine solche Erhöhung der Beiträge⁵⁾ von ca. 6 % pauschal als unsozial abgelehnt werden kann. Bei dem heutigen Lebensstandard weiter Bevölkerungskreise und in Anbetracht der beträchtlichen Ausgaben für nicht-lebensnotwendige Konsumgüter und Statussymbole wird diese Frage für die Mehrzahl der Sozialversicherten wohl zu verneinen sein. Diejenigen Personenkreise dagegen, die

1) Vgl. etwa BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 14 oder BTDr. VI/1874, a.a.O., S. 10.

2) Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung vom 27. 7. 1969 (BGBl. I S. 946).

3) Vgl. BTDr. V/4230, a.a.O., S. 26.

4) Vgl. §§ 389, 390 Reichsversicherungsordnung.

5) Die Beiträge zur Sozialversicherung sind heute in erster Linie politische Preise und erst in zweiter Linie ein Ergebnis betriebs-, volks- oder finanzwirtschaftlichen Kalküls.

durch eine solche Erhöhung unzumutbar belastet würden, müßten subventioniert werden. A n d r e a e selbst schlägt für diesen Fall vor, daß der Staat denjenigen Mitgliedern der Sozialversicherung Zuschüsse zu ihren Beiträgen gewähren soll, die die erhöhten Beiträge nicht selbst aufbringen können. Allerdings würde das eine Änderung der RVO notwendig machen. Von seiten der Krankenkassen wird in diesem Zusammenhang auch eine Subventionierung der Krankenhäuser gefordert. Sollten allerdings die Einnahmen der Sozialversicherungsträger nicht ausreichen, den Krankenhäusern kostendeckende Pflegesätze zu zahlen, dann wäre es systemgerechter, finanztechnisch einfacher und wohl auch kostengünstiger, die Krankenkassen als Zahlungspflichtige und nicht die Krankenhäuser als Leistungsersteller zu subventionieren.

Das Argument, kostendeckende Pflegesätze würden wegen der ständig steigenden Krankenhauskosten zu untragbaren Erhöhungen der Sozialversicherungsbeiträge und damit zu einer unsozialen Belastung der Versicherten führen, kann auch aus einem weiteren Grund nicht überzeugen. Bei einer solchen Erhöhung der Beiträge würde den Versicherten im wesentlichen nämlich nur das in Form von Beiträgen abgenommen, was sie sonst über Steuern zu finanzieren hätten¹⁾. Demnach scheint es den Gegnern kostendeckender Pflegesätze im Grunde weniger um die Höhe als um die Art der Belastung zu gehen. So befürchtet etwa Z w e i g , daß bei einer Beitragsfinanzierung die "offene Belastungsquote" zu hoch werden könnte und daß Abwehrreaktionen zu erwarten seien²⁾, die die Finanzierung der Sozialleistungen überhaupt in

1) Zu den Belastungs- und Umverteilungseffekten einer Steuerfinanzierung gegenüber einer Finanzierung aus Sozialversicherungsbeiträgen vgl. S. 111 dieser Arbeit sowie die dort angegebene Literatur.

2) Vgl. Zweig, Gerhard: Die Finanzierung der Sozialleistungen, in: Sozialer Fortschritt, 18. Jg., Berlin und München 1969, S. 112 f.

Frage stellen könnten¹⁾. Er folgert daraus, daß "die wachsende prozentuale Belastung der Arbeitnehmereinkommen durch direkte Steuern und Beiträge mehr und mehr durch indirekte Steuern und Abgaben ersetzt werden" sollte²⁾.

Hier läßt sich den Gegnern vollkostendeckender Pflegesätze und Verfechtern einer Steuerfinanzierung der Krankenhausleistungen indes entgegenhalten, daß sie dem einzelnen Staatsbürger bewußt oder unbewußt die Fähigkeit absprechen, politische Entscheidungen eigenverantwortlich fällen zu können. Daraus folgernd vertreten sie die These, daß die Bürger zu ihrem Glück gezwungen werden müßten. Ihrer Meinung nach ist das am leichtesten möglich, wenn die Aufbringungsmethoden der Mittel für die sozialen Leistungen für den einzelnen möglichst unsichtbar und möglichst wenig fühlbar (je mehr über indirekte Steuern finanziert wird, um so geringer sind evtl. zu befürchtende Steuerwiderstände) gestaltet werden.

Gegen die hier zutage tretende Ziel-Mittel-Konzeption läßt sich einwenden, daß die Grenze der offen zumutbaren finanziellen Belastungen keineswegs eindeutig bestimmbar ist. Man wird deshalb auch nicht sagen können, von welchem Volumen an eine Beitragsfinanzierung durch eine Steuerfinanzierung abgelöst werden sollte. Ein weiterer wichtiger Einwand gegen diese Konzeption ergibt sich, wenn an einer Kontrolle der politischen Entscheidungsinstanzen durch Wahlen gelegen ist³⁾. Denn die Bürger werden die für politische Wahlen notwendige Urteilsfähigkeit nur dann haben können, wenn sie wissen, warum und wofür welche Teile der von ihnen

1) Dieser Argumentation liegen demnach weniger volkswirtschaftliche und finanzpolitische als vielmehr sozialpsychologische Aspekte zugrunde.

2) Vgl. Zweig, Gerhard: Die Finanzierung der Sozialleistungen, a.a.O., S. 112.

3) Eine Kontrolle der politischen Entscheidungsinstanzen durch Wahlen ist ein unverzichtbares Kriterium eines demokratischen Rechtsstaates.

aufgebrachten Finanzmittel von der öffentlichen Hand verausgabt werden.

Von daher spricht also einiges dafür, eine Beteiligung der öffentlichen Hand an der Krankenhausfinanzierung - gleich welcher Art -, nicht zuletzt auch wegen der damit evtl. verbundenen staatlichen Eingriffe, Reglementierungen oder Auflagen, so weit als möglich zu beschränken. Auf diese Weise wird es auch möglich sein, Freiheit, Selbstverantwortung und Selbstverwaltung im Krankenhauswesen weitgehend zu erhalten¹⁾.

Immer häufiger aber wird argumentiert, daß zumindest ein gewisses Maß an staatlicher Planung im Krankenhauswesen erforderlich sei²⁾; nur so könne eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sichergestellt werden. In der Tat setzt ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser wegen der Unvollkommenheit des Marktes für Krankenhausleistungen³⁾ eine umfassende und langfristige Krankenhausbedarfsplanung voraus. Diese könnte sinnvollerweise von den jeweils für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörden koordiniert werden. Soweit ersichtlich wird eine solche Planung auch von allen im Krankenhauswesen Tätigen befürwortet, da Über- oder Unterkapazitäten weder ökonomisch noch gesundheitspolitisch zu verantworten sind. Für das Funktionieren einer Krankenhausbedarfsplanung ist aber eine Beteiligung der öffentlichen Hand an der Finanzierung der Krankenhäuser oder gar eine Verstaatlichung des Krankenhauswesens weder Notwendigkeit noch Gewähr. Eine sachgerechte Krankenhausbedarfsplanung kann durchaus auch bei einer vollen Finanzierung über den Preis durchgeführt werden, etwa auf dem Wege einer Konzessionierung der Krankenhäuser nach Maßgabe der Krankenhausbedarfspläne.

1) Gerade im Krankenhauswesen kann Selbstverwaltung von erheblicher gesellschaftspolitischer und ökonomischer Relevanz sein, denn sie kann Initiativen wecken, praxisgerechte Entscheidungen und Handeln fördern und die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung steigern.

2) Vgl. etwa BTDr. VI/1874, a.a.O., S. 9.

3) Vgl. Teil 2 der vorliegenden Arbeit.

Zu bedenken wäre allerdings, daß die Schaffung und Sicherung eines ausreichenden Angebots an Krankenhausbetten ein Maß an Privatinitiative erfordert, das keineswegs immer im erforderlichen Umfang vorausgesetzt werden kann. Angesichts der zukünftigen, gewaltigen Investitionskosten für Krankenhäuser¹⁾ und des damit verbundenen unternehmerischen Risikos dürfte es fraglich sein, ob die privaten und freigemeinnützigen Träger immer die richtigen Krankenhausbetten in ausreichender Zahl am richtigen Ort zur Verfügung stellen. Damit würde es sich als notwendig erweisen, die öffentliche Hand zu verpflichten, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, soweit dies nicht von anderer Seite nach Maßgabe der Krankenhausbedarfspläne geschieht.

Geht man von der gesundheitspolitischen Zielsetzung (Schaffung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser) aus, so würde sich unter Berücksichtigung wirtschaftlicher und sozialer Maximen folgende zweckmäßige und sachdienliche Lösung anbieten:

- (1) Krankenhäuser sind als bedarfswirtschaftlich-gemeinnützige Unternehmen eigenwirtschaftlich zu führen.
- (2) Die Finanzierung der Krankenhausleistungen soll in voller Höhe über den Preis erfolgen. Dadurch wird eine Konkurrenzsituation geschaffen, die eine kostengünstige und nachfragegerechte Erstellung von Krankenhausleistungen begünstigt und eine wirtschaftliche Betriebsführung für die einzelnen Krankenhäuser existenznotwendig macht.

1) Für 1985 werden die Investitionskosten je Krankenhausbett in der BRD auf 180 000 DM bis 350 000 DM geschätzt. Vgl. Eichhorn, Siegfried: Information, Kommunikation und Datenverarbeitung im Krankenhaus, a.a.O., S. 312. In Schweden rechnet man bereits heute mit einem Bettenwert zu Wiederbeschaffungspreisen von weit über 200 000 DM. Vgl. Wiklund, P.E.: Entwicklung der Kosten im schwedischen Gesundheitswesen, a.a.O., S. 525.

- (3) Das bisherige Krankenversicherungssystem soll beibehalten werden. Dadurch wird das wirtschaftliche Risiko von Krankheit für den einzelnen tragbar gemacht. Aus sozialen Gründen soll ein stärkerer interner Lastenausgleich zwischen den Mitgliedern der Krankenversicherungen durchgeführt werden. Soweit einzelne Mitglieder wegen zu geringer Einkommen die notwendigen Beiträge nicht oder nicht in voller Höhe zahlen können, soll die öffentliche Hand Zuschüsse gewähren, etwa analog zum Wohngeld. Wirtschaftlich schwache Selbstzahler der 3. Pflegeklasse sollten in gleicher Weise subventioniert werden.
- (4) Neu- und Erweiterungsbauten sollen nach Maßgabe von Krankenhausbedarfsplänen konzessioniert werden. Soweit die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen nicht durch Initiative privater oder freigemeinnütziger Träger sichergestellt ist und sich auch nicht durch öffentliche Finanzhilfen bewirken läßt, soll die öffentliche Hand im Rahmen der Bedarfspläne Krankenhäuser bauen und betreiben.

Diese finanztechnisch einfache Lösung würde alle Vorteile einer marktkonformen Krankenhausfinanzierung in sich vereinen, ohne staatliche Eingriffe, soweit diese aus sozial- oder ordnungspolitischen Gründen geboten sind, auszuschließen. Somit ließe sich mit Hilfe der modifizierten marktwirtschaftlichen Form der Krankenhausfinanzierung die bestmögliche Krankenhausversorgung erreichen.

4.2.4. Die sozialpolitische Lösung - Teilkostendeckende Pflegesätze

Trotz der dargestellten Vorzüge vollkostendeckender Pflegesätze hat diese Lösung offensichtlich wenig Aussicht, realisiert zu werden. Das zeigen mit aller Deut-

lichkeit der Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (im folgenden E-KHG genannt)¹⁾ sowie der Antrag der Fraktion der CDU/CSU betr. Ausbau und Sicherung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser²⁾. Sowohl dem E-KHG als auch dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU liegt das Konzept des zweigeteilten Pflegesatzes³⁾ zugrunde. Im folgenden soll dieses Konzept an Hand des E-KHG erörtert werden. Dabei wird von Bedeutung sein, ob die einem solchen Konzept zugrundeliegenden Ziele erstrebenswert und realisierbar sind und ob die angestrebten Ziele und tatsächlichen Auswirkungen eines solchen Konzepts miteinander kompatibel sind.

Da die Übernahme von Teilen der Krankenhauskosten durch die öffentliche Hand vielfach auch im Hinblick auf das Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes (Art. 20, 28 GG) zur Entlastung der Sozialversicherten gefordert wird, soll diese Lösungsform hier auch als sozialpolitische Lösung bezeichnet werden.

1) Vgl. BTDr. VI/1874, a.a.O.

2) Vgl. Bundestagsdrucksache VI/1594, Antrag der Fraktion der CDU/CSU betr. Ausbau und Sicherung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser, Bonn, den 14. Dezember 1970.

3) Die Bezeichnungen geteilter, zweigeteilter oder dreigeteilter Pflegesatz sind insofern unzutreffend, als nicht der Pflegesatz, sondern die gesamten Krankenhauskosten geteilt werden und durch den Pflegesatz jeweils bestimmte, abgegrenzte Teile der gesamten Krankenhauskosten erstattet werden. Dennoch sollen diese Begriffe hier und im folgenden benutzt werden, da sie überwiegend auch im Schrifttum und im sonstigen Sprachgebrauch Verwendung finden.

4.2.4.1. Der zweigeteilte Pflegesatz -
 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (E-KHG)

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, einen zweigeteilten Pflegesatz zu konzipieren¹⁾. Ausschlaggebend für die Wahl eines bestimmten Konzepts ist im Grunde immer, welches Maß an staatlichem Einfluß (etwa auf Grund staatlicher Finanzierung) man für akzeptabel oder sogar erforderlich hält und inwieweit man die Krankenhausbenutzer von Sozialversicherungsbeiträgen entlasten will.

Der E-KHG beruht auf der Vorstellung, daß es die Pflicht des Staates sei, "alle äußeren Voraussetzungen zur Sicherung der Gesundheit und damit zur vollen Entfaltung der Persönlichkeit jedes einzelnen Bürgers zu schaffen", während es dem einzelnen Bürger obliegt, "auch seinen Teil dazu beizutragen"²⁾. Durch diese Aufspaltung verlieren die Krankenhauspflegesätze weitgehend ihre Regulativfunktion und werden zu politischen Preisen³⁾. Bei einer solchen politischen Fixierung von Preisen werden immer Zielkonflikte auftreten. Auf der einen Seite darf der durch die öffentliche Hand finanzierte Teil der Krankenhauskosten nicht zu hoch sein, da sonst eine Verstaatlichung droht. Auf der anderen Seite muß der von der öffentlichen Hand finanzierte Teil aber eine spürbare Entlastung für die Sozialversicherungsträger oder

-
- 1) Einige Vorschläge zum geteilten Pflegesatz: Kastner, Fritz und Liebold, Rolf: Der zweigeteilte Pflegesatz - Zu den Vorschlägen der Bundesverbände der Krankenkassen zur Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung, in: Die Ortskrankenkasse, 42. Jg., Bonn-Bad Godesberg 1960, S. 425 ff.; Auerbach, Walter: Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 56. Jg., Stuttgart und Köln 1964, S. 20 ff.
- 2) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit in der 108. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 12. März 1971, Stenographischer Bericht, S. 6311.
- 3) Vgl. Molitor, Bruno: Über die Rationalität in der Sozialpolitik, in: Die Ortskrankenkasse, 50. Jg., Bonn-Bad Godesberg 1968, S. 295.

deren Beitragszahler bringen, da sonst die Kosten besser gleich in voller Höhe über den Pflegesatz finanziert werden. Außerdem wird immer das Problem bestehen, daß den Krankenhäusern zwar ihre Selbstkosten erstattet werden sollen, daß aber eine betriebsindividuelle Kostenerstattung den Wegfall des unternehmerischen Risikos bedeuten und somit unwirtschaftliches Verhalten (und volkswirtschaftliche Verluste) begünstigen, ja geradezu fördern würde.

Um dennoch die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstandenen Kosten zu erstatten, muß man einen umfassenden Katalog der Leistungen der Krankenhäuser und der daraus resultierenden Kosten aufstellen. Nur so kann gewährleistet werden, daß alle Krankenhäuser derselben Leistungsgruppe die gleichen Entgelte für gleiche, wirtschaftlich erbrachte Leistung erhalten und unwirtschaftliches Verhalten nicht durch eine "Flucht in die Minderleistung" ermöglicht wird.

4.2.4.1.4. Rechtliche Grundlagen

Am 12. Mai 1969 wurde dem Bund durch Änderung des Grundgesetzes (Einfügung von Nr. 19 a in den Art. 74 GG)¹⁾ die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die "wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser" (Investitionskosten) und für die "Regelung der Krankenhauspfllegesätze" (Betriebskosten) eingeräumt²⁾. Durch diese Bundeskompetenz soll die Finanzierung der Krankenhäuser sichergestellt und ein Beitrag zur Wahrung

1) Vgl. Zweiundzwanzigstes Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12. Mai 1969 (BGBl. I S. 363).

2) Da der Begriff "wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser" an sich die Gesamtfinanzierung der Krankenhäuser umfaßt, läßt die im Grundgesetz und im E-KHG getroffene Unterscheidung in "wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser" und "Regelung der Krankenhauspfllegesätze" den Schluß zu, daß ein Teil der Krankenhauskosten (die Investitionskosten) nicht durch die Pfllegesätze gedeckt werden soll.

einheitlicher Lebensverhältnisse in der BRD (Art. 70 Abs. 2 Nr. 3 GG) geleistet werden. Am 12. März 1971 fand die erste Lesung eines entsprechenden Gesetzentwurfes (E-KHG) im Bundestag statt. Die im E-KHG verankerte Finanzierungsverpflichtung des Bundes (§ 4 ff. E-KHG) stützt sich auf Art. 104 a Abs. 4 GG. Danach kann der Bund den Ländern unter bestimmten Voraussetzungen für besonders bedeutsame Investitionen der Länder und Gemeinden (Gemeindeverbänden) Finanzhilfen gewähren. Nach dem E-KHG trägt der Bund ein Drittel, die Länder tragen zwei Drittel der Investitionskosten (§ 2 Nr. 2 E-KHG) und der für die Zwecke des Gesetzes den Investitionskosten gleichstehenden Kosten (§ 2 Nr. 3 E-KHG)¹⁾. Alle übrigen Kosten (modifizierte Betriebskosten) werden auch künftig über die Pflegesätze getragen. Nach § 16 ff. E-KHG ist die Bundesregierung ermächtigt, "durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze, über Rechnungs- und Buchführungspflichten" und das Festsetzungsverfahren für die Pflegesätze zu erlassen.

Verfassungsmäßige Bedenken ergeben sich gegen diese sozialpolitische Lösung der Krankenhausfinanzierung nicht, wenn eine volle Deckung der Selbstkosten wirtschaftlich arbeitender Krankenhausbetriebe erreicht und rechtlich garantiert wird. Ein durch die Festsetzung teilkostendeckender Pflegesätze bedingter Eingriff in die Substanz des Eigentums der Krankenhäuser ist im Hinblick auf die Sozialbindung des Eigentums zu dulden; er begründet jedoch einen Entschädigungsanspruch der Krankenhaussträger²⁾. Zwar ist die Festsetzung teilkostendeckender Pflegesätze mit einem Eingriff in die Preisgestal-

1) Wird im folgenden im Zusammenhang mit dem E-KHG der Begriff der Investitionskosten verwandt (etwa in den §§ 4, 5, 9, 12, 17 E-KHG), so sind darunter die in § 2 Nr. 2 und 3 E-KHG genannten Kosten zu verstehen. Vgl. auch die Definition der Investitionskosten auf Seite 56 dieser Arbeit.

2) Vgl. Art. 14 GG.

tungsfreiheit der Krankenhäuser verbunden, im Zusammenhang mit einer öffentlichen Ergänzungsfinanzierung, die Entschädigungscharakter hat, ist eine solche preisregelnde und wirtschaftslenkende Maßnahme jedoch verfassungskonform¹⁾.

4.2.4.1.2. Grundkonzeption

Nach § 1 des E-KHG ist der Zweck des künftigen Krankenhausfinanzierungsgesetzes "die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen". Zu diesem Zweck sollen:

- (1) die Investitionskosten (§ 2 Nr. 2 E-KHG) und die für Zwecke des Gesetzes den Investitionskosten gleichstehenden Kosten (§ 2 Nr. 3 E-KHG) unter entsprechender Entlastung der Pflegesätze durch Mittel der öffentlichen Hand finanziert werden (§§ 4 Abs. 1 Satz 1, 17 Abs. 3 E-KHG),
- (2) die öffentlichen Finanzhilfen und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken (§ 4 Abs. 1 Satz 2 E-KHG)²⁾, und
- (3) nur die Krankenhäuser durch öffentliche Finanzhilfen gefördert werden, die in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommen sind (§§ 6, 8 E-KHG).

1) Vgl. Bachof, Otto und Scheuing, Dieter Helmut: Krankenhausfinanzierung und Grundgesetz. Rechtsutachten zum Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Schriften der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Heft 6, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1971, S. 25 f. und S. 45.

2) Vgl. Abb. 9 auf S. 131.

4.2.4.1.3. Kritische Würdigung

Es erübrigt sich an dieser Stelle, jede einzelne Bestimmung des E-KHG zu analysieren. Zur Beurteilung reicht es aus, die nachfolgenden Probleme und Aspekte zu erörtern.

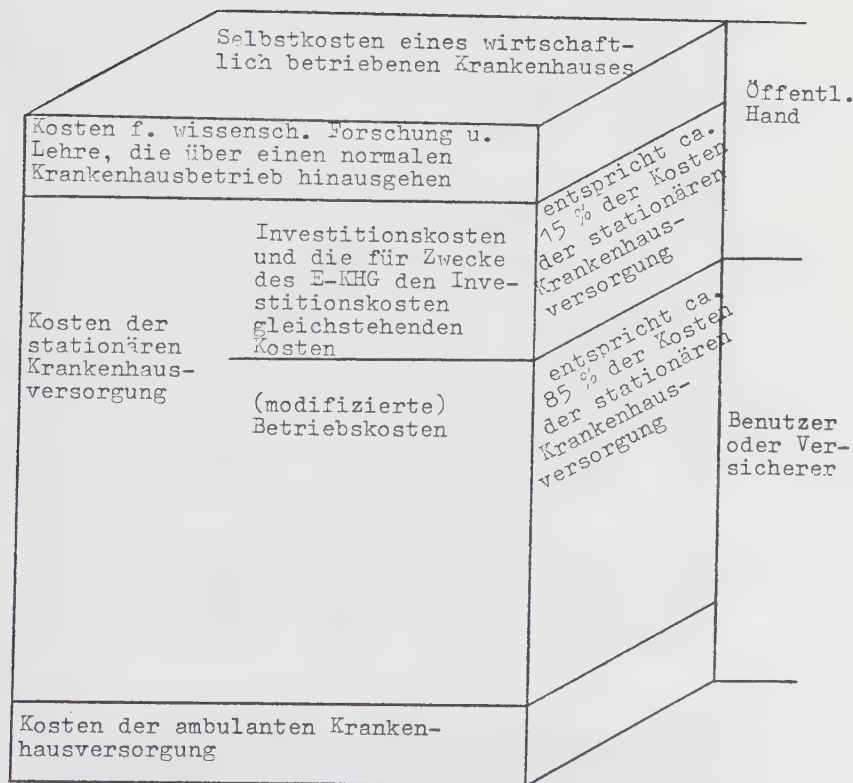
(1) Abgrenzungsprobleme

In § 2 Nr. 2 und 3 E-KHG sind diejenigen Kostenbestandteile aufgeführt, die nach Maßgabe des Entwurfs von der öffentlichen Hand finanziert werden sollen. Damit bei den unzureichenden Rechnungs- und Buchführungsmethoden der meisten Krankenhäuser¹⁾ die Ermittlung unterschiedlicher Kostenbestandteile nicht zu einer Ermessensfrage wird, muß ein umfassender und exakter Katalog der von der öffentlichen Hand zu übernehmenden Investitionskosten erstellt werden. Zwar ist die Abgrenzung der Investitionskosten und der für Zwecke des E-KHG den Investitionskosten gleichstehenden Kosten von den durch Pflegesatzerlöse zu deckenden Restkosten ein vorwiegend definitorisches Problem, in der Praxis werden dabei aber mannigfache Schwierigkeiten auftreten. Denn es ist nicht nur eine Abgrenzung in bezug auf die Art der Kosten vorzunehmen (Kostenabgrenzung), sondern es muß auch ein Maßstab dafür gefunden werden, bis zu welcher Höhe der Anfall verschiedener Kostenarten noch als wirtschaftlich anzusehen ist (Kostenstandardisierung).

Lehnt man eine individuelle Festsetzung der Pflegesätze nach der jeweiligen Kostenhöhe aus verwaltungstechnischen und verwaltungsökonomischen Gründen ab, so bleibt als Lösung lediglich, Kostenfestpreise auf der Basis von vorgegebenen Gruppendurchschnittskosten wirtschaftlich geführter Krankenhäuser der gleichen Leistungsklasse (Gruppennormkosten strukturell vergleichbarer Kranken-

1) Vgl. dazu die Ausführungen auf S. 59ff. dieser Arbeit.

Abb. 9: Die Deckung einzelner Kostenbestandteile von Krankenhäusern nach dem E-KHG



Zusätzliche Kosten wegen unwirtschaftlicher Betriebsführung oder Minderbelegung sind vom Krankenhausträger selbst zu übernehmen.

häuser) anzusetzen¹⁾. Eine Erstattung von a posteriori ermittelten Gruppendurchschnittskosten ist nicht sinnvoll, da dann unwirtschaftliches Verhalten von Krankenhäusern nicht aufgedeckt werden könnte, wenn die Mehrzahl der zu einer Gruppe gehörenden Krankenhäuser unwirtschaftlich arbeiten würde. Kostenfestpreise können aber nur dann einen Leistungsanreiz bieten und damit eine wirtschaftliche Betriebsführung garantieren, wenn sich die Qualität der Leistungen im voraus bestimmen läßt und im nachhinein kontrolliert werden kann; andernfalls besteht die Gefahr, daß unwirtschaftliche Betriebsführung durch Minderleistung kompensiert wird. Die heute schon in einigen Bundesländern praktizierten Gruppenordnungen bestätigen diese Befürchtungen.

Es wird sich zeigen müssen, inwieweit Rahmenforderungen bezüglich der genormten Leistungen der Krankenhäuser und der daraus resultierenden genormten Kosten ausreichend sein werden. Eine bloße Einteilung nach Art des Krankenhauses, nach der Anzahl der Fachabteilungen und nach der Bettenzahl sowie nach der Art und dem Umfang der medizinisch-technischen Ausstattung wird aller Voraussicht nach nicht zureichend sein. Darüber hinaus werden Planwerte, etwa für die durchschnittliche Verweildauer und Belegung, und Qualitätsvorgaben für ärztliche Leistungen erarbeitet werden müssen²⁾. Dies wird nur dann durchführbar sein, wenn es auf der Grundlage einer tiefgegliederten und transparenten Kosten- und Leistungsrechnung möglich sein wird, für jede Kostenart Normkosten zu ermitteln. Bei der

1) Zum Problem der Kostenerstattung hat Eichhorn verschiedene theoretische Möglichkeiten erarbeitet, vgl. Eichhorn, Siegfried: Preisbildung im Krankenhaus, a.a.O., S. 311.

2) Die Standardisierung der Leistungen im ärztlichen Bereich dürfte besondere Schwierigkeiten bereiten.

gegenwärtig unzureichenden Rechnungs- und Buchführung¹⁾ der meisten Krankenhäuser müßten in repräsentativen (wirtschaftlich geführten) Krankenhäusern Verhältniszahlen ermittelt werden, die dann auch den bisher unwirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern als Vorgabe dienen müßten. Im Hinblick auf die angestrebte wirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser wäre es geboten, die über die Gruppennormkosten hinaus entstehenden Kosten nur in Ausnahmefällen und nur bei Nachweis ihrer Notwendigkeit, etwa bei regional oder strukturell bedingten zusätzlichen Kostenbelastungen einzelner Krankenhäuser, zu decken. Dazu würde es sich anbieten, diese Kosten je nach ihrer Art und ihrem Umfang durch eine Pauschale oder durch einen zusätzlichen Prozentsatz zum eigentlichen Pflegesatz der Gruppe abzugelten. Alle weiteren über eine bestimmte Marge hinausgehenden Kosten wären aus Wirtschaftlichkeitserwägungen heraus nicht zu erstatten. Eine solche Gruppenordnung kann nur dann ihren Zweck erfüllen, wenn sie für das gesamte Bundesgebiet verbindlich ist und wenn die Leistungen und Kosten der Krankenhäuser ständig kontrolliert werden. Der damit unvermeidlich verbundene Verwaltungsaufwand wird beträchtlich sein.

1) Nach § 17 E-KHG ist die Bedingung für eine finanzielle Unterstützung von Krankenhäusern der Nachweis einer wirtschaftlichen Betriebsführung. Gegenwärtig dürfte die Mehrzahl der Krankenhäuser wegen fehlender Kosten- und Leistungsrechnungen und bei dem Standard ihrer Rechnungs- und Buchführung einen solchen Nachweis nicht erbringen können.

(2) Sozial- und verteilungspolitische Aspekte

Die Beitragsbelastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Falle eines zweigeteilten Pflegesatzes ist selbstverständlich geringer als die bei vollkostendeckendem Pflegesatz; daß sie auch sozialer ist, muß allerdings angezweifelt werden. S c h r e i b e r vertritt dazu sogar folgende Auffassung: "Die vom Staat verfügte Verpflichtung der Krankenhäuser, den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht-kostendeckende Pflegesätze einzuräumen, ist ein grotesker Unfug, der eine Kettenreaktion sozialer Schäden auslöst, den vermeintlich Begünstigten aber nichts nutzt, sondern schadet, und der sich mit keiner logisch haltbaren Begründung motivieren läßt"¹⁾.

In der Tat erscheint es fraglich, ob eine Substitution von Versicherungsbeiträgen durch Steuermittel sozialer ist als eine Deckung der gesamten Krankenhauskosten über einen vollkostendeckenden Pflegesatz. Zwar werden die Sozialversicherungs- und die Fürsorgeetats entlastet, die Volkswirtschaft im ganzen dürfte aufgrund des zu erwartenden zusätzlichen Verwaltungsaufwandes - wie im Abschnitt 4.2.2. gezeigt - aber eher belastet als entlastet werden. Damit würde - vereinfachend dargestellt - den meisten privaten Haushalten das in Form von Steuern weggenommen, was man ihnen aus sozialen Gründen in Form von Beiträgen nicht abnehmen will; darüber hinaus müßten sie noch für den erhöhten Verwaltungsaufwand infolge eines umfangreichen Planungs-, Bewilligungs- und Kontrollapparates aufkommen.

Gegen eine sozial motivierte Zweiteilung des Pflegesatzes spricht weiterhin, daß eine solche Lösung nach dem Gleichheitsprinzip dazu führen würde, daß auch alle Selbstzahler

1) Schreiber, Wilfrid: Der "Markt" der Krankenhausleistungen, a.a.O., S. 476 f.

infolge der dann auch für die niedrigeren Pflegesätze subventioniert würden (§ 17 Abs. 1 Satz 1 E-KHG). Das würde jedoch in dieser Form nicht den sozialpolitischen Erfordernissen entsprechen und einen Verstoß gegen den Grundsatz der Subsidiarität bedeuten.

Die vielfach von Politikern aufgestellte These, eine volle Kostendeckung durch die Sozialversicherten und Selbstzahler würde zu einer unsozialen Erhöhung der Pflegesätze führen, kann auch aus einem weiteren Grund nicht überzeugen. Obwohl die Krankenhauspflegesätze in der BRD in den letzten Jahren stark angestiegen sind, dürfte die BRD das westeuropäische Land mit den niedrigsten Sätzen sein¹⁾. Wenn es stimmt, daß nur etwa 3 % des Bruttosozialprodukts in der BRD für Krankenhausleistungen und nur etwa 5 - 6 % des Bruttosozialprodukts für die gesamten Gesundheitsleistungen ausgegeben werden²⁾, dann dürfte es in Anbetracht der weit höheren privaten Ausgaben allein für Genußmittel (Tabak, Alkohol u.a.m.) sehr schwer fallen, einen sozial kalkulierten Pflegesatz zu begründen³⁾, zumal eine Förderung, die pauschal 90 % der Bevölkerung subventioniert, aller Voraussicht nach ihre beabsichtigte soziale Wirkung verfehlen wird. Effektiver wäre es, nachweislich wirtschaftlich schwache Patienten in angemessener Weise direkt zu unterstützen.

(3) Ordnungspolitische Aspekte

Voraussetzung für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen durch die öffentliche Hand ist nach § 4 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 1 E-KHG die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes. Die Krankenhausbedarfs-

-
- 1) Vgl. Adam, Wilhelm: Über Sinn und Unsinn der Gesundheitspolitik, in: Das Krankenhaus, 60. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1968, S. 258 und Jeute, Karl: Gesundheitpolitische Tendenzen in den siebziger Jahren, in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg., Karlsruhe 1970, S. 520.
 - 2) Vgl. Adam, Wilhelm: Die Kosten der Gesundheit, a.a.O., S. 340 f.
 - 3) Vgl. dazu auch S. 101 und S. 119 dieser Arbeit.

pläne erfüllen damit in bezug auf ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser diejenige Steuerungsfunktion, die in einem marktwirtschaftlichen System von den Preisen ausgeübt wird. Ob die öffentliche Hand zur Durchsetzung einer optimalen Investitionspolitik hinsichtlich jedes einzelnen Krankenhauses und im Hinblick auf das gesamte Krankenhauswesen befähigt sein wird, hängt damit in erster Linie von dem Umfang und der Qualität der regionalen und strukturellen Krankenhausplanung¹⁾ ab. Bislang dürfte es in keinem Bundesland einen dieser Anforderung entsprechenden Krankenhausplan geben.

Es erscheint zwar rechtlich zulässig, von der Sache her aber nicht zweckmäßig, daß eine Behörde allein und unabhängig darüber entscheidet, welches Krankenhaus in einen Bedarfsplan aufgenommen und somit gefördert wird. Um die Gefahr behördlicher Fehlplanung zu mindern, empfiehlt es sich vielmehr, Krankenhausträger, Sozialleistungsträger und Ärzteschaft an der Aufstellung der Bedarfspläne zu beteiligen²⁾. So könnte u.U. der Gefahr einer ortsfernen, praxisfremden und zentralistischen Planung vorgebeugt und eine möglichst schnelle Anpassung an die örtlichen Gegebenheiten erreicht werden.

Welches Krankenhaus in Zukunft in einen Bedarfsplan aufgenommen und damit in die Förderung einbezogen werden soll, bestimmen die Länder (§ 6 Abs. 1 E-KHG). Wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, soll ein Anspruch auf die Aufnahme in den Bedarfsplan und damit ein Anspruch auf Förderung bestehen. Je nach Fassung des Bedarfsmaß-

-
- 1) Während sich die regionale Krankenhausplanung in der Hauptsache auf raumordnungspolitische Fragen und auf Standortfragen bezieht, befaßt sich die strukturelle Krankenhausplanung im wesentlichen mit der Art und der Zahl der notwendigen Betten und der notwendigen medizinischen und technischen Ausstattung in den notwendigen Fachabteilungen der notwendigen Krankenhäuser.
 - 2) Nicht nur beratend, wie in § 7 Abs. 4 E-KHG vorgesehen, sondern mitbestimmend.

stabes kann dieser Anspruch de facto jedoch sehr schwach sein¹⁾.

Der Vorzug, in einen Krankenhausbedarfsplan aufgenommen zu werden und dadurch im Sinne des E-KHG wirtschaftlich gesichert zu sein, muß von dem betreffenden Krankenhaus mit Eingriffen in seine wirtschaftliche und organisatorische Autonomie und Dispositionsfreiheit bezahlt werden²⁾. Denn in der Regel ist bei einem Auseinanderfallen von Ausgaben- und Aufgabenkompetenz die Vergabe von Finanzmitteln mit bestimmten Auflagen verbunden. Je mehr Kosten demnach von der öffentlichen Hand übernommen werden, um so mehr wird die Autonomie der Krankenhäuser gefährdet. Die Übernahme von Kosten durch die öffentliche Hand wird dann zu einer untragbaren Minderung der Selbständigkeit und Freiheit der Krankenhausträger führen, wenn der Charakter der Kostenübernahme nicht mehr einmalig ist (im Zeitpunkt der Planung und Erstellung), sondern auch den Betriebsablauf ständig beeinflußt. Diese Grenze dürfte bei der Konzeption des E-KHG überschritten sein, da von der Krankenhausbedarfsplanung nicht nur die Kosten der Ersterrichtung, sondern auch die Kosten der Wiederbeschaffung, der Instandhaltung und der Instandsetzung eriaßt werden.

Während die in einen Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser zwar staatliche Eingriffe dulden müßten, wirtschaftlich jedoch weitgehend abgesichert wären, würde ein Krankenhaus, das nicht in einen Bedarfsplan aufgenommen

1) Vgl. Bachof, Otto und Scheuing, Dieter Helmut: Krankenhausfinanzierung und Grundgesetz, a.a.O., Ziff. 22, S. 104 f.

2) Der damalige Bundeswirtschaftsminister Ludwig Erhard hat schon 1960 die Auffassung vertreten, daß die Einführung des zweigeteilten Pflegesatzes zu einer starken Abhängigkeit der Krankenhäuser von der öffentlichen Hand führen würde. Vgl. Erhard, Ludwig: Festvortrag auf dem zweiten Deutschen Krankenhaustag vom 18. bis 22. Mai 1960 in Stuttgart, abgedruckt in: Das Krankenhaus, 52. Jg., Stuttgart und Köln 1960, S. 294.

würde oder später im Plan keine Berücksichtigung mehr fände, existenzunfähig. Ein solches Krankenhaus könnte nämlich seine wirtschaftliche Substanz weder über die öffentliche Investitionsfinanzierung noch über den Pflegesatz erhalten. Dies resultiert aus § 17 Abs. 4 E-KHG, demzufolge einem nicht öffentlich geförderten Krankenhaus die Möglichkeit genommen ist, von den Sozialleistungsträgern die Deckung der Investitionskosten über den Pflegesatz zu verlangen. Hier tritt eine Konzeption zutage, die unter dem Deckmantel einer sozialen Gestaltung der Pflegesätze in letzter Konsequenz, wenn nicht zu einem total verstaatlichten, so doch zu einem staatlich gelenkten Krankenhauswesen führen muß. Parallelen zur Schaffung einer Einheitsgesellschaft im Bereich der Montanindustrie drängen sich auf. Bei beiden war der Ausgangspunkt eine Strukturkrise, im Krankenhauswesen allerdings eine durch preisbehördliche Maßnahmen herbeigeführte. Während aber in der Einheitsgesellschaft des Bergbaus eine paritätische Mitbestimmung und eine völlige Entschädigung für stillgelegte Anlagen gewährleistet sind, gibt es in der zu befürchtenden "Einheitsgesellschaft der Krankenhäuser" keinerlei Mitbestimmung, höchstens eine Mitberatung, und die Behandlung der nicht in den Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser kommt einer "kalten Sozialisierung" gleich. Damit verstößt der § 17 Abs. 4 E-KHG gegen Art. 14 GG und ist somit verfassungswidrig¹⁾.

(4) Probleme der Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand

Der im E-KHG verwandte Begriff der öffentlichen "Förderung" durch die Übernahme der Investitionskosten (§ 4 ff. E-KHG) ist insofern unzutreffend, als die Leistungen der öffentlichen Hand hinsichtlich des erzwungenen Selbstkostende-fizits der Krankenhäuser "Leistungen an Erfüllungs Statt" sind. Die Beteiligung der öffentlichen Hand an der Krankenhausfinanzierung stellt im Ergebnis nichts anderes als

1) Vgl. Bachof, Otto und Scheuing, Dieter Helmut: Krankenhausfinanzierung und Grundgesetz, a.a.O., Ziff.11, S.103.

einen verfassungsrechtlich gebotenen Ausgleich für die vorenthaltene Kostendeckung über die Pflegesätze dar¹⁾. Offensichtlich geschieht die öffentliche Finanzierung der Krankenhausinvestitionen aber nicht in erster Linie oder jedenfalls nicht allein zur Deckung der Krankenhauskosten. Sonst hätte das Problem der Krankenhausfinanzierung finanz-technisch einfacher etwa durch zweckgebundene Zuwendungen der öffentlichen Hand an die Sozialversicherungsträger für einen Teil der Krankenhauskosten gelöst werden können. Dadurch wären die Krankenkassen in die Lage versetzt worden, kosten- und leistungsgerechte Preise zu zahlen. Die öffentliche Investitionsfinanzierung wurde vielmehr deshalb gewählt, weil dadurch die öffentliche Hand entscheidenden Einfluß auf die Krankenhausstruktur gewinnt²⁾. Soweit sich diese Einflußnahme in dem Rahmen hält, der durch Krankenhausbedarfspläne zur Schaffung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser vorgezeichnet ist, kann man dieser Lösung zustimmen; darüber hinausgehende Eingriffe in den Betriebsablauf sind - wie bereits dargestellt - abzulehnen.

Für die Einbeziehung der Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten in den von der öffentlichen Hand zu finanzierenden Kostenanteil kann immerhin geltend gemacht werden, daß zwischen den Investitionskosten, Abschreibungen, Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten enge Beziehungen bestehen. So verlängert etwa eine intensive Instandhaltung die Nutzungsdauer der Anlagegüter et vice versa. Es bedarf also einer möglichst weitgehenden Abstimmung aller dieser Kostenbestandteile, um während der vorgesehenen Nutzungszeit das Krankenhaus am

1) Vgl. Bachof, Otto und Scheuing, Dieter Helmut: Krankenhausfinanzierung und Grundgesetz, a.a.O., Ziff. 3, S. 101.

2) Vgl. Konzeption (3) auf S.129 dieser Arbeit.

kostengünstigsten betriebsfähig zu halten. Dies scheint am leichtesten erreichbar, wenn alle diese Kostenbestandteile von dem gleichen Träger finanziert werden¹⁾.

Die Nachteile einer solchen Finanzierungsform wiegen aber schwer. So könnte durch die umfangreiche öffentliche Investitionsfinanzierung zwar nicht die rechtliche, aber doch die wirtschaftliche Verfügungsgewalt im Krankenhaus immer mehr auf die öffentliche Hand übergehen. In dieser Hinsicht sind auch die Bestimmungen des § 2 Nr. 2 b E-KHG zu beachten, wonach die Grundstückskosten und die Kosten des Grundstückserwerbs sowie ihrer Finanzierung nicht in die Förderung einbezogen werden sollen. Dadurch besteht die Gefahr, daß die nicht-öffentlichen Träger aufgrund der von ihnen verlangten erheblichen Eigenleistungen und der für sie aus dem E-KHG resultierenden Auflagen und Reglementierungen sich aus dem Krankenhauswesen immer mehr zurückziehen werden.

Die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen durch die öffentliche Hand bringt noch weitere Schwierigkeiten und Gefahren mit sich. So war die Höhe der Finanzhilfen und die Lastenverteilung auf Bund und Länder sowie die Frage der Beteiligung der Kommunen²⁾ lange Zeit ein umstrittene-

1) Es erscheint allerdings fraglich, ob die in diesem Sinne im E-KHG für die Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Finanzhilfen des Bundes an die Länder sich auf Art. 104 a Abs. 4 GG stützen lassen. Zwar kann der Bau eines Krankenhauses "eine besonders bedeutsame Investition" im Sinne dieses Artikels darstellen; es muß aber angezweifelt werden, ob dies auch für die Übernahme der Folgekosten des Baus, etwa für Instandhaltungskosten, oder gar für Teile der Betriebskosten der Krankenhäuser gilt.

2) Dies ist u.a. auch eine Frage des interkommunalen Finanzausgleichs zwischen den Gemeinden und den Gemeindeverbänden, die ganz oder teilweise (evtl. als Träger) ein oder mehrere Krankenhäuser finanzieren, und solchen, die nicht oder nur in geringem Maße an der Krankenhausfinanzierung beteiligt sind.

nes Problem. Man hat sich nun dahingehend geeinigt, daß der Bund ein Drittel und die Länder zwei Drittel der Investitionskosten nach dem E-KHG aufzubringen haben (§ 21 Abs. 1 Satz 1 E-KHG). Der Anteil des Bundes ist jedoch auf die sich aus dem Finanzplan des Bundes ergebenden Beträge beschränkt (§ 21 Abs. 1 Satz 2 E-KHG), während die Länder nach §§ 9 bis 13, 19 Abs. 2 E-KHG eine umfassende Finanzierungspflicht haben. Durch diese Kreditplafondierung des Bundes wird die stationäre Krankenhausversorgung von der öffentlichen Haushaltswirtschaft abhängig gemacht. Angesichts der künftig auf die öffentliche Hand zukommenden Aufgaben und Ausgaben (Bildung, Verkehr, Umweltschutz u.v.a.m.) ist damit das wirtschaftliche Schicksal der Krankenhäuser durchaus ungewiß. Die Problematik dieser Form der Finanzierung trat schon bei der Beratung des § 21 Abs. 4 E-KHG zutage. Ursprünglich wollte der Bund für das Jahr 1972 nur 55 Mill. DM bereitstellen, womit zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen Kredite in Höhe von lediglich 636 Mill. DM aufgenommen werden sollten¹⁾. Angesichts des zu erwartenden Krankenhausdefizits und nicht zuletzt aufgrund des massiven Einspruchs der Länder hat sich der Bund bereiterklärt, den Schuldendienst für aufzunehmende Kredite von 700 Mill. DM für das Jahr 1972 zu übernehmen²⁾. Damit wird vom Bund nur dann der Schuldendienst für ein volles Drittel der Investitionskosten übernommen³⁾, wenn die Gesamtausgaben nach dem E-KHG im Jahre 1972 den Betrag von 2,1 Mrd. DM nicht übersteigen werden. Angesichts der Baukostenentwicklung und der steigenden Anforderungen an Krankenhausneubauten ist das jedoch keineswegs sicher. Sollte sich herausstellen, daß, aus welchen Gründen auch immer, der vorgesehene Betrag von 2,1 Mrd. DM zur Finanzierung der Krankenhausinvestitio-

1) Vgl. BTDr. VI/1874, a.a.O., S. 7.

2) Vgl. Bundestagsdrucksache VI/2651, Finanzplan des Bundes 1971 bis 1975, Bonn, den 8. Oktober 1971, S. 15 und S. 64.

3) Vgl. Stenographischer Bericht der 143. Sitzung des Deutschen Bundestages, Bonn, den 19. Oktober 1971, S. 8214.

nen nicht ausreichen wird, so wären entstehende Mehrkosten von den Ländern zu tragen.

Nicht nur die Höhe und die Verteilung der von Bund und Ländern aufzubringenden Mittel ist strittig, auch die Beurteilung der Aufbringung der Finanzmittel ist kontrovers. Während der Bund angesichts seiner angespannten Haushaltslage gegenwärtig nur eine Anleihefinanzierung für möglich hält¹⁾, steht der Bundesrat aufgrund haushalts- und finanzpolitischer Überlegungen dieser Finanzierungsform ablehnend gegenüber. Er würde eine direkte Investitionsbezuschussung aus Steuermitteln vorziehen²⁾, da bei einer Anleihefinanzierung die Realisierung der Krankenhausplanung (Krankenhausbauprogramme) von der Liquidität des Kapitalmarktes abhängt³⁾. Angesichts der großen künftigen Belastung des Kapitalmarktes infolge weiterer Reformvorhaben wären Störungen dieses Marktes mit Auswirkungen auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser nicht auszuschließen. Jedenfalls müßte die Kontinuität der staatlichen Förderung in Frage gestellt werden, da sie dann in weit stärkerem Maße als bei anderen Finanzierungsformen auch von konjunkturellen Schwankungen abhängig wäre. Da aber gegenwärtig selbst die relativ geringe Belastung durch die Aufnahme von Fremddarlehen von der öffentlichen Hand nur schwer getragen werden kann, dürfte auf absehbare Zeit hinaus eine Finanzierung der Krankenhausinvestitionen durch direkte Investitionszuschüsse ausgeschlossen sein.

1) Vgl. BTDr. VI/1874, a.a.O., S. 33.

2) Vgl. BTDr. VI/1874, a.a.O., S. 28.

3) Vgl. auch Elsholz, Konrad: Politisierte Krankenhausversorgung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 24. Jg., Baden-Baden 1970, S. 316.

Ein weiteres ungelöstes Problem der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen durch die öffentliche Hand besteht darin, daß nach § 4 Abs. 3 Nr. 8 E-KHG diejenigen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen, also etwa Ausbildungsstätten, nicht zu den Investitionskosten gerechnet werden. Solange aber die Ausbildungsstätten nicht nach anderen Gesetzen finanziert werden, erscheint zur Sicherung des Ausbildungsniveaus eine Einbeziehung der Kosten der Ausbildungsstätten in den Pflegesatz unerlässlich. Weil jedoch die Höhe der Pflegesätze einheitlich sein soll, dürfen die Kosten der Ausbildungsstätten nicht in die Pflegesätze übernommen werden (§ 17 Abs. 3 Nr. 4 E-KHG). Dadurch wird die Ausbildung, insbesondere des pflegerischen Nachwuchses, zwangsläufig gefährdet und die kritische Personalsituation in den Krankenpflegeberufen weiter verschlechtert.

Müller¹⁾ hat errechnet, daß die gesamten auf den Staat zukommenden Belastungen durch die Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser (einschließlich der Kosten der Ersatz- und Ergänzungsbeschaffung für mittel- und kurzfristige Anlagewerte) von 2,8 Mrd. DM im Jahre 1971 auf 3,6 Mrd. DM im Jahre 1975 ansteigen werden. In diesen Summen sind noch nicht die vom Staat aufzubringenden Tilgungs- und Zinsbeträge für die von den Krankenhäusern vor Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durchgeführten Investitionen enthalten, die diese mit Eigenmitteln (§ 13 E-KHG) oder durch die Aufnahme von Fremdmitteln (sog. "alte Last", § 12 E-KHG) finanziert haben. Die genaue Höhe dieser

1) Vgl. Müller, Hubertus: Der zukünftige Bedarf an Krankenhausbetten und seine Kosten, a.a.O., S. 382.

Belastungen, insbesondere der "alten Last"¹⁾, ist ungewiß, da detaillierte Angaben zur Verzinsung und Laufzeit der von den Krankenhäusern zu Investitionszwecken aufgenommenen Fremdkapitalien fehlen. Nach Schätzungen der Bundesregierung vom Februar 1971 betragen die gesamten Aufwendungen für die Übernahme der "alten Last" (Tilgung und Zinsendienst) rd. 360 Mill. DM jährlich²⁾. Im Gegensatz dazu schätzt E l s h o l z die "alte Last" auf über 5 Mrd. DM³⁾. Wenn auch genauere Untersuchungen bislang fehlen, so dürften doch angesichts des enormen Finanzbedarfs (Investitionskosten und "alte Last") die für 1972 im Finanzplan des Bundes vorgesehenen Kapitalmarktmittel in Höhe von 700 Mill. DM, womit das vom Bund zu übernehmende Drittel der Investitionskosten gedeckt werden soll, unzureichend sein. Damit dürfte das Krankenhausfinanzierungsgesetz in seiner jetzigen Fassung seine Hauptaufgabe, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, kaum im erforderlichen Maße erfüllen können.

-
- 1) Würde die "alte Last" nicht von der öffentlichen Hand übernommen, so würde dies bedeuten, daß ein altes Krankenhaus infolge seiner Kapital- und Zinsendienstbelastung einen höheren Pflegesatz fordern müßte als ein neues, derart nicht belastetes Krankenhaus. Da aber die Pflegesätze einheitlich bemessen werden sollen (§ 17 Abs. 1 E-KHG), ist eine Übernahme der "alten Last" durch die öffentliche Hand erforderlich (§ 12 Abs. 1 E-KHG). Die Belastung der öffentlichen Hand durch die "alte Last" wird in dem Umfang zurückgehen, wie alte Krankenhäuser durch öffentlich finanzierte Neubauten ersetzt werden.
 - 2) Vgl. BTDr. VI/1874, a.a.O., S. 30. 1970 wurde die "alte Last" von der Bundesregierung auf 250 Mill. DM, 1969 auf nur 200 Mill. DM geschätzt. Vgl. BTDr. VI/1141. a.a.O., S. 4 und BTDr. V/4230, a.a.O., S. 30.
 - 3) Vgl. Stenographischer Bericht über die öffentliche Informationssitzung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, Protokoll Nr. 40, Bonn, den 3. Mai 1971, S. 11.

(5) Probleme der Pflegesatzregelung

Die Regelung der Pflegesätze steht in derart engem Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, daß eine getrennte Bewältigung dieser Problemkomplexe kaum möglich erscheint; denn die Erlöse aus den Pflegesätzen sollen zusammen mit den von der öffentlichen Hand übernommenen Investitionskosten die Selbstkosten eines wirtschaftlich geführten Krankenhauses decken. Wie diffizil es ist, im Rahmen eines zweigeteilten Pflegesatzes Vorschriften über die Regelung der Pflegesätze zu erlassen, zeigt deutlich der 3. Abschnitt des E-KHG. Die eigentlichen Probleme einer solchen Regelung sind nämlich in diesem Abschnitt größtenteils ausgeklammert worden und einer durch die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassenden Rechtsverordnung überlassen. Damit entspricht der E-KHG kaum den Anforderungen eines Krankenhausfinanzierungsgesetzes, eher denen eines "Krankenhausbaufinanzierungsgesetzes". Da überdies die Bundesregierung befugt sein soll, die Kompetenz zum Erlaß von Rechtsverordnungen zur Regelung der Krankenhauspfllegesätze auf die Landesregierungen zu delegieren (§ 17 Abs. 1 Satz 2 E-KHG), besteht die Gefahr, daß die angestrebte Bundeseinheitlichkeit einer gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen nicht erreicht wird. Eine einheitliche Beurteilung für die Festsetzung der Pflegesätze dürfte den Ländern dadurch erschwert werden, daß die Pflegesätze nach § 17 Abs. 1 Satz 2 E-KHG "auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen" sollen. Die Verwendung der Begriffe "sparsam wirtschaftendes Krankenhaus" (ist damit eine ausreichende und zweckmäßige Krankenhausversorgung gemeint?) und "wirtschaftliche Betriebsführung" (ist darunter eine optimale Krankenversorgung zu verstehen?) dürfte eine nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessende Pflegesatzregelung unmöglich machen.

Zum Nachweis einer wirtschaftlichen und kostengünstigen Leistungserstellung müßten eine einheitliche Kosten- und Leistungsrechnung und eine nach kaufmännischen Prinzipien gestaltete Rechnungs- und Buchführungsmethode eingeführt werden. Schon seit längerer Zeit gibt es für eine solche Vereinheitlichung gewisse Grundvorstellungen¹⁾. Von der Notwendigkeit einer solchen Vereinheitlichung geht auch der E-KHG aus (§§ 16 Abs. 1 Satz 1 und 17 Abs. 1 Satz 2 E-KHG). Er sieht eine Ermächtigung der Bundesregierung vor, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates entsprechende Vorschriften zu erlassen (§ 16 Abs. 1 Satz 1 E-KHG). Solange aber solche Vorschriften fehlen, ist die für eine Pflegesatzberechnung unumgängliche Erstellung einer umfassenden und exakten Gruppenordnung²⁾ unmöglich.

In § 18 E-KHG wird eine staatliche Preisfestsetzung für Pflegesätze zementiert. Damit verschärft diese Bestimmung die gegenwärtig noch gültige Regelung insoweit, als künftig die Pflegesätze nicht mehr zwischen den Krankenhausverbänden und den Verbänden der Sozialversicherungsträger in Kollektiv-Rahmenverträgen vereinbart und von den zuständigen Preisbehörden genehmigt werden können.

1) Vgl. Studienstiftung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V. (Hrsg.): Krankenhaus-Einheits-Kontenplan, Kulmbach 1961 und dieselbe: Betriebsabrechnung im Krankenhaus, Kulmbach 1971.

2) Vgl. den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. für eine Vereinheitlichung der Gruppenordnungen der Krankenhäuser, abgedruckt in Elsholz, Konrad: Krankenhäuser, Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft, a.a.O., Anlage 16, S. 122 ff. Zu den Gruppenordnungen einzelner Bundesländer vgl. Gehrt, Maria und Stiefel, Karl Heinz: Das Krankenhausarchiv, Bd. II, Köln 1963, F III o 1.

Die Festsetzung der Pflegesätze¹⁾ ist danach in jedem Fall dem Staat allein vorbehalten. Das Ergebnis von Einigungsverhandlungen zwischen den Krankenhausträgern und den Sozialleistungsträgern ist von den zuständigen Landesbehörden lediglich zu berücksichtigen, aber für sie nicht bindend. Eine solche Regelung ist zwar verfassungskonform, es liegt kein Verstoß gegen Art. 2 Abs. 1 GG vor²⁾; es ist allerdings nicht einsichtig, warum man den Krankenhausträgern ein Aushandeln der Pflegesätze verwehrt, während man den Kassenärzten entsprechende Rechte ausdrücklich einräumt³⁾.

(6) Das Verhältnis Investitionskosten - Betriebskosten
Die Höhe des nach dem E-KHG von der öffentlichen Hand zu finanzierenden Teils der Gesamtkosten der Krankenhäuser (im wesentlichen die Investitionskosten) ist zwar umstritten, sie dürfte jedoch kaum wesentlich über 15 % liegen⁴⁾.

-
- 1) Angesichts des sich ständig ändernden Preisindexes dürfte jeder Pflegesatz in kurzer Zeit überholt sein. Je nach der allgemeinen Preisentwicklung und der speziellen Preisentwicklung im Krankenhauswesen würde es dann zu Kostenunter- oder Kostenüberdeckungen kommen. Da sich Preisänderungen ihrer Art und Höhe nach nur sehr unvollkommen abschätzen lassen, könnten zu ihrer Kompensierung die Pflegesätze, unabhängig von der Art ihres Zustandekommens, auch mit rückwirkender Kraft festgesetzt werden.
 - 2) Vgl. Bachof, Otto und Scheuing, Dieter Helmut: Krankenhausfinanzierung und Grundgesetz, a.a.O., Ziff. 15, S. 103.
 - 3) Vgl. §§ 368 ff. der Reichsversicherungsordnung.
 - 4) Die Schätzungen des nach dem E-KHG von der öffentlichen Hand zu finanzierenden Teils an den Gesamtkosten der Krankenhäuser sind unterschiedlich. Friedrich schätzt den Anteil auf 12 %, Jeute auf 14 - 15 % und Adam auf ca. 18 %. Vgl. Friedrich, Gottfried: Gegenwärtiger Stand und mögliche Konsequenzen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, in: Der Krankenhausarzt, 44. Jg., Karlsruhe 1971, S. 260 und Jeute, Karl: Neues vom Krankenhausfinanzierungsgesetz, in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg., Karlsruhe 1970, S. 435 sowie Adam, Wilhelm: Licht- und Schattenseiten eines Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes, a.a.O., S. 38.

Wie bereits dargestellt, werden in Zukunft die Kosten und Preise im Krankenhauswesen vermutlich stark steigen. Die höchsten Steigerungsraten werden dabei die Betriebskosten infolge von beträchtlichen Personalkostensteigerungen aufzuweisen haben. Dadurch, daß die Betriebskosten der Krankenhäuser stärker als die Investitionskosten ansteigen, wird der von den Benutzern oder deren Kostenträgern zu übernehmende Teil absolut und relativ im Hinblick auf die von der öffentlichen Hand zu übernehmenden Investitionskosten anwachsen. Der Teil der Kosten, der von der öffentlichen Hand übernommen werden soll, wird damit in Zukunft eine immer geringere Rolle spielen. Auf lange Sicht wird demzufolge trotz steigender Einkommen und entsprechend höheren Versicherungsbeiträgen eine Situation erreicht, die der vor dem Erlass eines Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Sinne des E-KHG gleicht. Dann wird man wieder vor dem Problem stehen, entweder die Beiträge erhöhen oder die Finanzierung durch die öffentliche Hand ausdehnen zu müssen. Damit wird das Gesetz für den Augenblick einige finanzielle Probleme zudecken können; die Lösung des eigentlichen Problems auf lange Sicht wird jedoch nur verschoben.

4.2.4.1.4. Modifizierungsvorschlag zum E-KHG

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, daß eine dualistische Finanzierung der Krankenhausleistungen (über Steuermittel und Pflegesätze) einer monistischen Finanzierung (über Pflegesätze) in der modifizierten marktwirtschaftlichen Form weder aus sozial- und verteilungspolitischen noch aus ordnungspolitischen Gründen überlegen ist. Vielmehr sprechen gewichtige Gründe, wie Abgrenzungsschwierigkeiten (Kostenabgrenzung und -standardisierung), finanztechnische Schwierigkeiten, erheblicher Verwaltungsmehraufwand, unzureichende Finanzmittel der öffentlichen Hand, Gefahr unzumutbarer Freiheitsbeschränkung u.a.m., gegen die Einführung eines zweigeteilten Pflegesatzes.

Sollte dennoch eine Entscheidung zugunsten einer dualistischen Finanzierungsform gefällt werden, so wäre zur Erreichung des angestrebten Ziels eine andere Kostenverteilung erforderlich. Ein Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Form des E-KHG könnte kaum seiner Aufgabe, der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, gerecht werden. In Anbetracht der beschränkt zur Verfügung stehenden Mittel der öffentlichen Hand und im Hinblick auf die Erhaltung von Freiheit, Selbstverantwortung und Selbstverwaltung im Krankenhauswesen wären nur die Kosten der Errichtung und des Um- und Erweiterungsbaues von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen sowie die Kosten der Erstbeschaffung von Wirtschaftsgütern von der öffentlichen Hand zu übernehmen¹⁾. Kosten von Forschung und Lehre wären ebenfalls von der öffentlichen Hand zu tragen.

Alle übrigen Kosten, auch die Kosten der Instandhaltung und Instandsetzung, müßten demnach über die Pflegesätze abgegolten werden. Um die Realisierung der Krankenhausbedarfspläne auch nach Vergabe der staatlichen Finanzhilfen sicherzustellen, wären diese an Auflagen zu binden. Zu erwägen wäre auch eine angemessene Eigenbeteiligung der Krankenhausträger, etwa durch die Bereitstellung des Baugrundstücks, falls dessen Wert einen bestimmten Höchstbetrag nicht überschreitet. In jedem Falle wäre die notwendige Zweckbindung der öffentlichen Finanzhilfen so zu gestalten, daß die Dispositionsfreiheit der Krankenhausträger weitestgehend erhalten bliebe.

Diese Lösung wäre zwar - wie gezeigt - nicht die bestmögliche, sie würde aber gegenüber der bisher noch gültigen Regelung eine volle Kostendeckung und damit eine

1) Gegebenenfalls wäre auch eine Übernahme der Kosten besonders wichtiger und teurer Großgeräte (Herz-Lungen-Maschine, Hochvolttherapiegerät u.a.m.) in Erwägung zu ziehen.

entscheidende Verbesserung für die Krankenhäuser bringen. Zudem hätte sie den Vorteil, daß sie - ebenso wie die modifizierte marktwirtschaftliche Lösung - auf der gewachsenen Struktur der Krankenhausversorgung in der BRD aufbaut; denn bereits heute erhalten die Krankenhausträger beträchtliche, wenn auch in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich hohe Zuschüsse zum Bau von Krankenhäusern. Darüber hinaus würde diese Lösung dem finanziell Möglichen (begrenzte staatliche Finanzmittel) und dem an staatlichen Eingriffen in das Krankenhauswesen Notwendigen (zur Realisierung der Krankenhausbedarfspläne) Rechnung tragen, ohne daß im Falle einer angespannten Haushaltslage der öffentlichen Hand der Betriebsablauf der Krankenhäuser gestört würde.

4.2.4.2. Der dreigeteilte Pflegesatz¹⁾

Im Zusammenhang mit der Entwicklung einzelner Bestandteile der Krankenhauskosten werden - nicht zuletzt auch im Hinblick auf eine weitere Entlastung der Krankenkassen - immer wieder Vorschläge gemacht, denen zufolge auch Teile der Personalkosten aus Steuermitteln finanziert werden sollen. Einer der Befürworter der Dreiteilung der Krankenhauskosten ist A u e r b a c h ²⁾. Er will die Krankenhauskosten in die nachgenannten Bestandteile aufteilen:

- (1) Erstinvestitionskosten,
- (2) lfd. Bereithaltungskosten (Kosten der Ersatz- und Erweiterungsinvestition) zuzüglich eines Teils der Personalkosten,
- (3) Benutzerkosten.

1) Zum Begriff dreigeteilter Pflegesatz siehe Fußnote 3 auf S. 125.

2) Vgl. Auerbach, Walter: Problem Krankenhaus. Alternativen, Vortrag vor der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt am 28.11.1969 in Bad Godesberg, hektographiertes Manuskript, insbes. S. 11 ff.

Diese Bestandteile sollen zusammen die Selbstkosten eines wirtschaftlich geführten, durchrationalisierten Krankenhauses der Gruppe gleichartig strukturierter Krankenhäuser (Gruppennormkosten) ergeben. Die Erstinvestitions- und lfd. Bereithaltungskosten sowie ein Teil der Personalkosten sollen im Hinblick auf ein bedarfsgerecht gegliedertes Krankenhauswesen von der öffentlichen Hand übernommen werden. Die verbleibenden Benutzerkosten sollen von den Patienten oder ihren Versicherern getragen werden (Benutzerentgelt).

Ohne an dieser Stelle auf einen der Vorschläge der Dreiteilung der Krankenhauskosten, bei denen neben anderen auch Teile der Personalkosten von der öffentlichen Hand übernommen werden sollen, im Detail einzugehen, läßt sich allgemein zu einem solchen Konzept folgendes feststellen: Die Übernahme eines Teils oder aller Personalkosten durch die öffentliche Hand wird durch die dadurch bedingten Eingriffe in den Betriebsablauf die Autonomie und Selbstverwaltung der Krankenhäuser in sehr starkem Maße beeinträchtigen. Mit einiger Sicherheit werden sich daraufhin die freigemeinnützigen Träger aus dem Krankenhauswesen zurückziehen oder hinausgedrängt werden. Damit wäre eine Verstaatlichung des Krankenhauswesens nur noch eine Frage der Zeit. Eine solche Entwicklung widerspricht jedoch, abgesehen vom Bildungs- und Kulturbereich, der gegenwärtig herrschenden sozial-, wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Grundauffassung.

Vertritt man dagegen die Ansicht, daß ein staatlich finanziertes oder gar verstaatlichtes Krankenhauswesen bei gleichem Finanzmittelaufwand eine effektivere Krankenhausversorgung gewährleistet, dann wären daraus sofort die Konsequenzen zu ziehen. Als Vorbild für eine solche Umstrukturierung könnte etwa die Einheitsgesellschaft im Bergbau dienen. In jedem Falle aber wird man eine Lösung finden müssen, bei der die bisherigen Krankenhauträger in angemessener Weise entschädigt werden.

Für eine Dreiteilung der Krankenhauskosten wird - wenn auch aus anderem Grund - mit Nachdruck auch von Seiten der Krankenhausärzte plädiert. Der Forderung der Krankenhausärzte liegen keine ordnungs- oder sozialpolitischen Argumente zu Grunde. Vielmehr befürchtet vor allem der Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V. (Marburger Bund), daß das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz zu einer Beschneidung des Liquidationsrechts der Beleg- und leitenden Krankenhausärzte führen wird. Er fordert deshalb, die Kosten des ärztlichen Dienstes weiterhin getrennt zu erfassen und zu vergüten, um auf diese Weise den Krankenhäusern einen Stamm qualifizierter Fachärzte zu sichern. H e r d e r - D o r n e i c h ¹⁾ hat für die Forderung der Krankenhausärzte ein theoretisches Konzept entwickelt. Er schlägt ein Splitten der (ohnehin nur teilkostendeckenden) Pflegesätze vor, wodurch eine Trennung der Vergütung von Dienst- und Sachleistungen bewirkt würde. Das hätte zur Folge, daß die Ärzte (und Pflegekräfte) mit den Krankenkassen über ihre Löhne und Gehälter und die Krankenhäuser mit den Krankenkassen im wesentlichen über die Entgelte für die Sachleistungen verhandeln könnten.

Die Forderung des Marburger Bundes ist im Grunde genommen einkommenspolitisch motiviert. Sie enthält darüber hinaus aber einen konstruktiven Vorschlag, das Spannungsverhältnis zwischen der absoluten Freiheit des einzelnen im Krankenhauswesen und einer zentral geplanten und staatlich finanzierten Krankenhausversorgung durch Gruppenverhandlungen abzuschwächen. Dieser Vorschlag basiert auf der von G a l b r a i t h ²⁾ entwickelten und von

1) Vgl. Herder-Dorneich, Philipp u.a.: Honorarreform und Krankenhausfinanzierung, Berlin 1970 und derselbe: Freiberuflichkeit auch für Krankenhausärzte, in: Der Arzt in Krankenhaus und Gesundheitswesen, 22. Jg., Stuttgart 1969, S. 121 ff.

2) Vgl. Galbraith, John Kenneth: American Capitalism. The Concept of Countervailing Power, Boston 1952.

Andrae, Herder - Dorneich u.a.¹⁾ weiterentwickelten und auf das Krankenhauswesen transformierten Vorstellung, daß es zwischen absoluter Freiheit für private Initiative und staatlicher Planung und Lenkung einen Bereich der Gruppenverhandlungen geben sollte. Demnach sollten überall dort, wo bei der Vergütung von Gesundheitsleistungen die Funktion des freien Marktes eingeschränkt ist, die Preise zwischen Gruppen oder Verbänden ausgehandelt werden. Einer solchen Forderung kann im Prinzip zugestimmt werden; evtl. bestehende juristische Bedenken gegen die Bildung eines Tarifverbandes Krankenhausärzte (Krankenhausärztliche Vereinigung), dem konsequenterweise auch die beamteten Ärzte angehören müßten, sind hier nicht zu prüfen. Mit einer Realisierung dieser Forderung kann aber schon aus finanziellen Erwägungen heraus in absehbarer Zukunft nicht gerechnet werden, da sie eine Änderung des Tarifgebäudes des öffentlichen Dienstes notwendig machen würde. Sollten in Zukunft nämlich die Gehälter der Krankenhausärzte dem Einkommen freipraktizierender Fachärzte angeglichen werden, so werden sich mit Sicherheit die Ärzte in der Verwaltung nicht mehr mit ihren bisherigen, weit darunter liegenden Beamtengehältern zufriedengeben.

4.3. Ausgewählte Probleme im Zusammenhang mit unterschiedlichen Finanzierungsformen

Es gibt eine Reihe von Problemen, die, unabhängig von der Entscheidung für eine bestimmte Form der Krankenhausfinanzierung, erheblichen Einfluß auf die Höhe der Krankenhauskosten und ihre Deckung haben. Drei der wichtigsten dieser Problemkomplexe sollen im folgenden erörtert werden.

1) Vgl. Andrae, Clemens-August: Krankenhausfinanzierung Modell einer Neuordnung, a.a.O., S. 77 ff. und Herder-Dorneich, Phillip: Freiberuflichkeit auch für Krankenhausärzte, a.a.O., S. 121 ff. u.a.

4.3.1. Das klassenlose Krankenhaus

Seit Anfang 1969 wird die in der BRD schon lange angestrebte Krankenhausreform durch die Forderung nach Schaffung sog. klassenloser Krankenhäuser belastet. Seit dieser Zeit mehren sich die Stimmen, die neben der finanziellen Absicherung der Krankenhäuser für eine Reform der Struktur und der Organisation der Krankenhäuser eintreten. Danach sollen vor allem die hierarchische Struktur im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser und die Einteilung der Krankenhäuser in drei Pflegeklassen beseitigt werden.

Eine sachgerechte Beurteilung dieser Forderung wird dadurch erschwert, daß bislang keiner der Befürworter oder Gegner einer solchen Krankenhausstruktur eine allgemein anerkannte Definition dessen vorlegen konnte, was unter einem klassenlosen Krankenhaus verstanden werden soll¹⁾. Während die einen mit diesem Begriff primär die Abschaffung von Privatstationen und Chefarztliquidation verbinden, wollen andere durch die Schaffung klassenloser Krankenhäuser allen Sozialversicherten die gleichen Rechte wie den Privatversicherten zukommen lassen. Dritten dagegen schwebt sogar der "Null-Tarif" im Krankenhaus bei gleichzeitig optimaler Krankenhausversorgung vor. Die Beurteilung solcher Forderungen wird zudem dann besonders schwierig, wenn die Diskussion um die Struktur und Organisation der Krankenhäuser nicht mehr mit gesundheitspolitischen, sozialen oder wirtschaftspolitischen Argumenten, sondern mit emotional und ideologisch-weltanschaulich vorbelasteten Vokabeln geführt wird. Dennoch - oder gerade deshalb - reicht die Beurteilung dieser

1) Vielmehr tauchen in der Diskussion um das klassenlose Krankenhaus ständig neue Vokabeln auf, z.B. chancengleich, einklassig, erstklassig, klassenneutral, die den Begriff klassenlos entweder verdeutlichen oder aber ersetzen sollen. Im letzteren Fall bewirkt ein geänderter Begriffsinhalt natürlich auch eine veränderte Zielsetzung der so ausgerichteten und klassifizierten Krankenhäuser.

Forderung etwa von "politischer Augenwischerei und Wahlpropaganda" oder "sozialistischem Selbstbetrug" auf der einen Seite bis hin zu "sozial wünschenswertem Fortschritt" oder "längst überfälligem Stück Gesellschaftsreform" auf der anderen Seite. Die Forderung nach dem klassenlosen Krankenhaus erscheint somit mehr politisch denn medizinisch motiviert.

Will man die Forderung nach Schaffung klassenloser Krankenhäuser beurteilen, so muß man also zunächst einmal definieren, was unter klassenlosen Krankenhäusern verstanden werden soll. Wesentlich für ein System klassenloser Krankenhäuser ist, daß bei gleicher Bezahlung gleiche Leistungen für alle Patienten garantiert werden. Ein solches Krankenhaussystem müßte demnach folgenden Minimalanforderungen genügen:

- Anspruch für alle auf Untersuchung und Behandlung durch qualifizierte, hauptamtlich im Krankenhaus tätige Fachärzte,
- Abschaffung der Chefarztliquidation,
- Abschaffung der Privatstationen,
- Ausstattung aller Krankenhäuser mit Ein- oder Zwei-Bett-Zimmern, um gleiche Unterbringung zu gewährleisten,
- gleicher Komfort für alle Patienten, etwa Rundfunk, Fernsehen, Telefon u.a.m.,
- gleiche Verpflegung,
- gleiche Besuchszeitenregelungen¹⁾.

Die Forderung nach Einführung klassenloser Krankenhäuser ist sowohl hinsichtlich ihrer Berechtigung als auch im Hinblick auf die der Durchsetzung einer solchen Reform entgegenstehenden sachlichen (finanziellen, organisatorischen u.a.m.) und rechtlichen Hemmnisse und Schwierigkeiten zu untersuchen.

¹⁾ Eine Modifikation eines solchen Systems klassenloser Krankenhäuser ergäbe sich dadurch, daß die ärztliche, pflegerische und wirtschaftliche Versorgung der Patienten von der Schwere ihrer Krankheiten abhängig gemacht würde.

So weit zu übersehen ist, sind sich alle Beteiligten darüber einig, daß zumindest die ärztlich-pflegerische Behandlung für alle Patienten die gleiche Qualität aufweisen soll. Das gleiche Recht aller - unabhängig von sozialer und wirtschaftlicher Stellung - auf Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit ist nicht zuletzt deshalb zu fordern, weil es eine unabdingbare Voraussetzung für die vom Grundgesetz garantierte freie Entfaltung der Persönlichkeit ist. Günther-Kühne hat diese Forderung in einem "Krankenhausgrundgesetz" formuliert:

"Es gibt und es darf und es kann in jedem Krankenhaus für den Arzt nur eine Art von Kranken geben ohne jede Rücksicht auf Stand und Name, auf Herkunft und Abstammung, auf Vermögen oder Beziehung, auf Selbstzahler oder Sozialversicherten."¹⁾

Einzig zulässige Differenzierungskriterien sind demnach die Schwere der Erkrankung und die Möglichkeit der Behandlung. Tatsächlich dürften schon heute in der ärztlichen Behandlung - trotz teilweise vorhandener "Diskriminierungen" (medikamentöse Behandlung, Chefarztvisite) - keine gravierenden Unterschiede mehr bestehen, denn sonst müßte die Mortalität in der 3. Pflegeklasse signifikant höher sein als in der 1. und 2. Pflegeklasse. Ein solcher Beweis wurde bis heute nicht erbracht.

Soll mit der Einführung der Klassenlosigkeit in Krankenhäusern keine Standardsenkung verbunden sein, so muß allen Patienten eine optimale Versorgung in jeder Hinsicht gewährt werden, zumindest müssen ärztliche, pflegerische und wirtschaftliche Versorgung für alle Patienten auf das gegenwärtige Niveau der stationären Krankenhausversorgung der Privatversicherten angehoben werden. Spätestens hier tauchen die ersten Zweifel an der Realitäts-

1) Günther-Kühne, H.: Sozialversicherung und Krankenhaus, in: Das Krankenhaus, Stuttgart und Köln 1954, S. 452.

bezogenheit der Forderung nach klassenlosen Krankenhäusern auf. Wenn man unterstellt, daß die ca. 600 000 Dritte-Klasse-Betten aller bundesdeutschen Krankenhäuser in Drei-Bett-Zimmern stehen, so müßten 200 000 neue Bettensteller geschaffen werden, damit eine Versorgung mit Zwei-Bett-Zimmern erreicht würde. Unterstellt man weiterhin 70 000 DM¹⁾ pro Bett an Investitionskosten, so würde eine solche Umrüstung 14 Mrd. DM kosten²⁾. In diesem Betrag sind noch nicht die höheren Betriebskosten für die nach einer Umrüstung kleineren Zimmereinheiten enthalten, ganz abgesehen von den in den nächsten Jahren anfallenden Kosten des Zusatz-, Nachhol- und Ergänzungsbedarfs an Krankenhausbetten. Wie es gegenwärtig um die Realität der Forderung nach klassenlosen Krankenhäusern steht, mag man auch daran ermessen, daß nach Ansicht der Bundesregierung allein der sofortige Ersatz überalterter Krankenhausbetten die gegenwärtige finanzielle Leistungsfähigkeit aller Beteiligten schon bei weitem übersteigen würde³⁾. Für die Zukunft bestünde allerdings die Möglichkeit, alle neuen Krankenhausbetten den Anforderungen eines klassenlosen Krankenhauses zu unterwerfen.

Ein weiteres, auf lange Zeit nicht zu beseitigendes Hindernis auf dem Wege zu einem klassenlosen Krankenhaus dürfte das Liquidationsrecht der Krankenhauschefsärzte darstellen. Konsequenterweise muß Klassenlosigkeit im Krankenhaus auch die Abschaffung des Liquidationsrechts aller leitenden Krankenhausärzte bei selbstzahlenden

-
- 1) Da bei Umrüstung nicht in allen Fällen auch neue Funktionseinheiten (Operationssäle, Röntgenräume, Massageräume u.a.m.) errichtet werden müssen, können die durchschnittlichen Investitionskosten pro Bett bei Umrüstung im Gegensatz zu denen bei völligem Neubau (ca. 100 000 DM) entsprechend niedriger veranschlagt werden.
 - 2) Da es z.B. vielfach noch größere Zimmereinheiten als das Drei-Bett-Zimmer in den Krankenhäusern gibt, dürften die gesamten Umrüstkosten auf Zwei-Bett-Zimmer den Betrag von 14 Mrd. DM noch bei weitem übersteigen.
 - 3) Vgl. BDr. VI/1141, a.a.O., S. 4.

Patienten zur Folge haben¹⁾. Statt dessen wäre vorzusehen, diesen hochqualifizierten Ärzten Gehälter zu zahlen, die den Einnahmen der freipraktizierenden Fachärzte adäquat wären. Die Zahlung solcher Gehälter an die leitenden Krankenhausärzte durch die Krankenhäuser bei Wegfall des Liquidationsrechts würde damit zu einer enormen Mehrbelastung der Krankenhäuser von ca. 1,5 Mrd. DM führen²⁾. Sollte diese Summe, die heute noch zum überwiegenden Teil von den Privatpatienten gezahlt wird, nicht aufgebracht werden können³⁾, so besteht die Gefahr, daß befähigte Krankenhausärzte entweder ins Ausland abwandern oder Privatkrankenhäuser eröffnen bzw. bestehende private Krankenhäuser erweitern. Zwar sind die für den Bau privater Krankenhäuser erforderlichen Investitionen recht erheblich, und nicht jeder Chefarzt ist auch bereit, unternehmerische Risiken zu tragen oder auszuwandern. Dennoch würden mit großer Wahrscheinlichkeit viele qualifizierte Ärzte den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern verloren gehen, wodurch das Niveau der ärztlichen Versorgung in diesen Krankenhäusern notwendigerweise absinken müßte.

-
- 1) Im Zusammenhang mit der Abschaffung des Liquidationsrechts der Chefarzte wird vielfach auch die Beseitigung der hierarchischen Struktur im Krankenhaus gefordert. Sicher wird wegen der großen Spezialisierung in der Medizin das Chefarztsystem in der heutigen Form modifiziert werden müssen (etwa durch das Departmentsystem). Aber letzten Endes wird ein Arzt (etwa je nach Krankheit ein bestimmter Facharzt) für einen Patienten verantwortlich bleiben müssen. Und diese Übernahme von Verantwortung wird dem Betreffenden, wie in anderen Berufen auch, entsprechend honoriert werden müssen.
 - 2) Vgl. Gehrt, Maria: Neuordnung des Krankenhauswesens und das System der Krankenhausfinanzierung, in: Krankenhaus-Umschau, 39. Jg., Kulmbach 1970, S. 1088.
 - 3) Gegen eine Zahlung ihrer Gehälter aus Steuermitteln werden sich die Chefarzte wegen der zu befürchtenden staatlichen Eingriffe mit Sicherheit zur Wehr setzen.

Dieser Entwicklung könnte nur durch eine ausreichende Honorierung der leitenden Krankenhausärzte entgegengewirkt werden. Das würde in einem System klassenloser Krankenhäuser im wesentlichen zu einer höheren Belastung der Sozialversicherten führen¹⁾, denn die bisher höher belasteten Privatversicherten sollen in einem klassenlosen Krankenhaus ja nur noch den Pflegesatz für Sozialversicherte zahlen (für alle Versicherten gleiche Leistung bei gleicher Bezahlung). Höhere Sozialversicherungsbeiträge zur Deckung der Krankenhausdefizite werden aber schon heute als sozial unerwünscht und teilweise als untragbar angesehen.

Damit wird offenbar, daß der Versuch, klassenlose Krankenhäuser zu schaffen, wegen der fehlenden finanziellen Möglichkeiten der Sozialversicherten, der Sozialversicherungsträger, der Krankenhäuser und der öffentlichen Hand in letzter Konsequenz ein Zwei-Klassen-Krankenhaus-System zementieren würde. Der Masse der durchschnittlich ausgerüsteten, allen zugänglichen, öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser (zweitklassige Krankenhäuser) würden dann wenige hochqualifizierte private Krankenhäuser (erstklassige Krankenhäuser) gegenüberstehen.

Da die Verwirklichung eines Systems klassenloser Krankenhäuser wegen der damit verbundenen enormen finanziellen Belastungen - jedenfalls auf der Stufe "optimaler" Behandlung, Pflege und Versorgung - in absehbarer Zeit nicht möglich sein wird, wurden von verschiedenen Seiten Vorschläge unterbreitet, die Klassenlosigkeit auf einer "niedrigeren Ebene" zum Ziele haben²⁾. Danach soll sich

1) Entweder durch erhöhte Beiträge oder durch erhöhte Steuern.

2) Vgl. etwa BTDr. VI/1874, a.a.O., S. 19.

Klassenlosigkeit nur auf die ärztlich-pflegerische Behandlung und Betreuung beziehen¹⁾. Dagegen soll das System der Krankenhausklassen (noch) in bezug auf den hotelmäßigen Komfort und die Befriedigung des Status-Bewußtseins von Patienten erhalten bleiben. Diese Forderung beinhaltet, daß gewisse, noch näher zu spezifizierende Regelleistungen für alle Patienten zur Verfügung gestellt werden müssen. Zu einer Regelleistung könnte z.B. die Unterbringung in einem Zimmer mit höchstens drei Betten erklärt werden. Allerdings müßten je nach Art und Schwere der Krankheit auch Einzelzimmer, Nachtwache, Diätessen u.a.m. zu Regelleistungen erklärt werden. Mehr- oder Sonderleistungen werden dagegen für alle Patienten nur gegen ein gesondertes Aufgeld erbracht. Sonderleistungen könnten etwa Telefon, Rundfunk, Fernsehen u.a.m. sein. Je nach Schwere der Krankheit sind Leistungen wie Nachtwache oder Diätessen entweder den Sonderleistungen oder aber den Regelleistungen zuzuordnen.

Ein solches modifiziertes Konzept des klassenlosen Krankenhauses hat den Vorzug, zumindest aus organisatorischer, struktureller und insbesondere aus finanzieller Sicht in absehbarer Zeit realisierbar zu sein. Ob eine solche Veränderung der Krankenhausstruktur und -organisation nur eine graduelle Veränderung des jetzigen Krankenhaussystems darstellt oder ob damit bereits ein entscheidender Schritt in Richtung auf das klassenlose Krankenhaus getan ist, hängt im wesentlichen davon ab, wie weit der Katalog der Regelleistungen gefaßt wird und welche Auswirkungen sich dadurch auf die Struktur und Organisation der einzelnen Krankenhäuser ergeben.

Es zeigt sich also, daß die Schaffung klassenloser Krankenhäuser zwar möglich ist, daß die Verwirklichung eines

1) Es gibt recht unterschiedliche Auffassungen darüber, ob die Klassenlosigkeit sich in einer optimalen oder nur in einer ausreichenden und zweckmäßigen oder in einer bestmöglichen ärztlich-pflegerischen Behandlung und Betreuung manifestieren soll.

solchen Systems aber schon wegen der begrenzten Finanzierungsmittel allenfalls langfristig und nur stufenweise durch Anhebung des Niveaus der 3. Pflegeklasse erreicht werden kann. Angesichts der unzulänglichen finanziellen Mittel und der massiv steigenden Defizite der Krankenhäuser, die die Funktionsfähigkeit und sogar die Existenz vieler Krankenhäuser ernsthaft bedrohen, muß es allerdings überraschen, daß zum gegenwärtigen Zeitpunkt klassenlose Krankenhäuser auf dem heutigen Niveau der 1. Pflegeklasse gefordert werden. Denn infolge des hohen Prozentsatzes an Dritte-Klasse-Patienten müßte die mit der Schaffung klassenloser Krankenhäuser zum gegenwärtigen Zeitpunkt zwangsläufig verbundene Nivellierung zu einer Niveausenkung der Krankenhausleistungen führen. Eine solche Niveausenkung dürften aber auch die Befürworter des klassenlosen Krankenhauses nicht wollen, da mit ihr die Gefahr eines Zwei-Klassen-Krankenhaus-Systems und die Abwanderung qualifizierter Ärzte aus öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern heraufbeschworen wird.

Die vorstehenden Erörterungen haben deutlich gemacht, daß die Forderung nach klassenlosen Krankenhäusern zum gegenwärtigen Zeitpunkt den legitimen differenzierten Ansprüchen einer pluralistischen Gesellschaft nicht gerecht werden kann und daß die Realisierung einer solchen Krankenhausstruktur allenfalls langfristig möglich ist. Zudem ist fraglich, ob die Schaffung klassenloser Krankenhäuser allein durch den Abbau finanzieller Schranken möglich sein wird. Es ist zu befürchten, daß in einem System, in dem nicht nach Geld differenziert wird, an die Stelle finanzieller Schranken andere klassenbestimmende Faktoren, etwa Beziehungen oder politische Stellung, treten werden. Den zuständigen Entscheidungsgremien stellt sich darüber hinaus die Frage, ob es nicht für die Gesamtheit der Patienten besser wäre, wenn die für das klassenlose Krankenhaus mit Zwei-Bett-Zimmern erforderlichen finanziellen Mittel - soweit sie überhaupt verfügbar sind - für den medizinischen Fortschritt, für verbes-

serte Medikamente, für bessere ärztliche und pflegerische Dienstleistungen, für bessere Speisen o.a.m. angewendet würden. Bei allen Diskussionen und Spekulationen um das klassenlose Krankenhaus ist vor allem von den Sozialversicherten bei den ihnen zugedachten Vorteilen aber nicht zu übersehen, daß gerade sie ein solches System entscheidend mitfinanzieren müssen. Solange die Gesellschaft jedoch nicht bereit ist, die zur Schaffung klassenloser Krankenhäuser erforderlichen finanziellen Mittel aufzubringen, wird jede Krankenhausreform in dieser Richtung unzulängliches Stückwerk bleiben.

4.3.2. Der degressive Pflegesatz

Wie im Abschnitt 3.3.2. bereits dargestellt, besteht bei der gegenwärtigen Form der Krankenhausfinanzierung ein wirtschaftliches Interesse der Krankenhäuser, die Verweildauer über das medizinisch notwendige Maß hinaus auszudehnen. Hinsichtlich des Betten- und Personal-mangels und im Hinblick auf die steigenden Investitions- und Betriebskosten ist eine unnötige Verlängerung der Verweildauer aus volkswirtschaftlicher Sicht jedoch nicht zu verantworten. Die eminente Bedeutung des Faktors Verweildauer wird offensichtlich, wenn man bedenkt, daß eine Kürzung um nur einen Tag einen Minderbedarf von 20 000 Betten jährlich bewirkt¹⁾.

1) Vgl. BTDr. V/4230, a.a.O., S. 32.

Um jeden eigenwirtschaftlichen Anreiz einer medizinisch nicht erforderlichen Verlängerung der Verweildauer zu nehmen, wird seit einiger Zeit die Einführung eines degressiven Pflegesatzes erwogen¹⁾. Die Befürworter eines degressiven Pflegesatzes gehen von der Tatsache aus, daß in der Regel die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes in den ersten Tagen im Vergleich zu den Folgetagen meist besonders hoch sind, was auf die hohen Behandlungskosten (vor allem durch Diagnostik und Operation) der Anfangstage zurückzuführen ist.

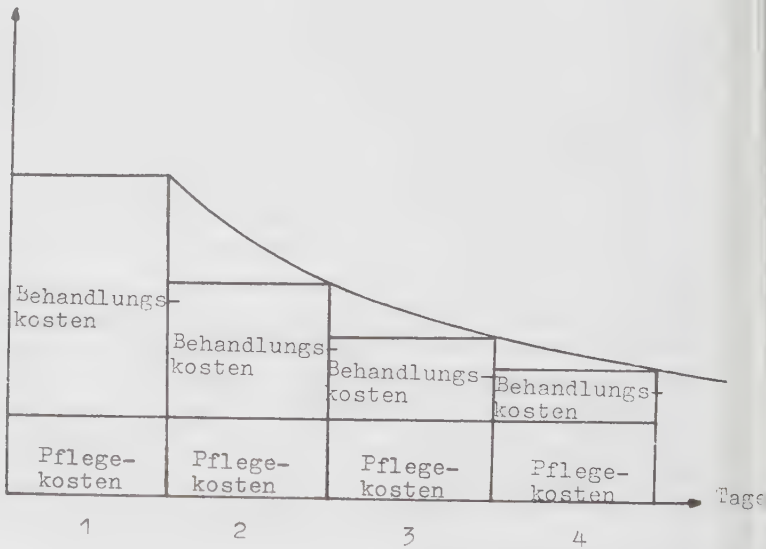
Die vom Pflegesatz zu deckenden Kosten sollen nach ihrer Meinung deshalb in einen Sockelbetrag für die während eines Krankenhausaufenthaltes praktisch konstant bleibenden reinen Pflegekosten und in die degressiven Behandlungskosten unterteilt werden²⁾. Dem Krankenhaus soll demzufolge pro Tag ein konstanter Sockelbetrag in Höhe der Pflegekosten und ein Betrag in Höhe der ständig abnehmenden Behandlungskosten erstattet werden. Pflegekosten und Behandlungskosten ergeben insgesamt einen degressiven Pflegesatz. Graphisch ergäbe sich etwa folgendes Bild:

1) Vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.): Schrittweise Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, in: Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung, Nr. 107, Bonn, den 21. August 1969, S. 920.

2) Vgl. etwa Elsholz, Konrad: Krankenhäuser. Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft, a.a.O., S. 45.

Abb. 10: Graphische Darstellung des regressiven Pflegesatzes

Behandlungs- und Pflegekosten
und Erlöse (Pflegesätze)
je Patient und Tag



Für jeden Tag gilt:

$$\text{Pflegesatz} = \text{Behandlungskosten} + \text{Pflegekosten}$$

Bei diesem Kostenverlauf wird allerdings in unrealistischer Weise unterstellt, daß eine gegebenenfalls notwendige Intensivdiagnostik und Intensivtherapie (z.B. Operation) am ersten Tag des Krankenhausaufenthalts stattfindet und daß der Gesundungsprozeß "normal" verläuft. In der Regel wird aber nicht gleich am ersten Tag operiert, und nicht jeder Gesundungsprozeß verläuft gleich; Rückschläge können weitere Operationen notwendig machen. Zudem wird etwa die gleiche Operation und Pflege wegen der unterschiedlichen Struktur und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser

unterschiedlich hohe Kosten zur Folge haben. Eine Festsetzung von degressiven Pflegesätzen müßte also nach Krankheitsarten, ärztlichen Fachabteilungen und Anforderungsstufen der Krankenhäuser erfolgen und würde nur dem Kostenverlauf eines "normalen" Heilungs- und Gesundungsprozesses gerecht werden.

Würde man gemäß dem in Abb. 10 dargestellten Kostenverlauf einen degressiven Pflegesatz schaffen, so würde für die Krankenhausträger der beim gegenwärtigen Kosten-erstattungssystem (konstante Pflegesätze) bestehende Anreiz entfallen, die hohen Kosten der ersten Tage der Behandlung durch einen medizinisch nicht zu rechtfertigenden längeren Krankenhausaufenthalt zu kompensieren. Trotz des höheren Verwaltungsaufwandes durch Aufschlüsselung der durch den Pflegesatz zu deckenden Kosten in Behandlungs- und Pflegekosten könnte damit die Einführung degressiver Pflegesätze infolge der Senkung der Verweildauer insgesamt gesehen zu Kosteneinsparungen führen.

Unabhängig davon könnte geprüft werden, ob nicht auch im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung, nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen Struktur und Kostenhöhe der Krankenhäuser, alle Einzelleistungen gesondert abgerechnet werden sollten, wie das bei der Leistungsabrechnung für ambulante Patienten überwiegend geschieht. Eine solche Abrechnungsform würde die Interessen der Patienten und deren Kostenträger und der Krankenhäuser ebenfalls aufeinander abstimmen; darüber hinaus wäre sie wie keine andere Form der Leistungsabrechnung geeignet, die für eine wirtschaftliche Betriebsführung erforderliche Kostenklarheit zu schaffen. Verwaltungstechnische und verwaltungsökonomische Argumente gegen eine Abrechnung nach Einzelleistungen werden in dem Maße an Gewicht verlieren, wie der Einsatz von EDV-Anlagen zunimmt.

4.3.3. Die Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung

Wenn für Gesundheitsleistungen Bedarfsträger (Patient) und Kaufkraftträger (Krankenversicherung) nicht identisch sind, so können diese Leistungen unverhältnismäßig stark in Anspruch genommen werden, da sie die Nutznießer (Patienten) unmittelbar nichts kosten¹⁾. Das kann, wie die Erfahrung gezeigt hat, zu einer stark ansteigenden Zahl von Bagatellfällen und zu unnötig hohen Kosten führen. Zur Verhinderung einer solchen übermäßigen Inanspruchnahme der Versicherungen bietet sich eine Selbstbeteiligung der Versicherten an.

Unter Selbstbeteiligung soll hier verstanden werden, daß die Kosten der Versorgung mit Gesundheitsleistungen und gegebenenfalls der krankheitsbedingte Einkommensausfall zu einem Teil direkt von den Versicherten selbst getragen werden sollen²⁾. Eine Selbstbeteiligung darf nur bewirken, daß eine medizinisch vertretbare Begrenzung der Ausgaben für Gesundheitsleistungen erreicht wird. Auf keinen Fall aber sollte die Selbstbeteiligung zu einer schlechteren Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen führen; es soll lediglich der bestehende, medizinisch notwendig Bedarf auf möglichst billige Weise befriedigt werden³⁾.

1) Vgl. Zöllner, Detlev: Die Ökonomie der Versorgung mit Gesundheitsleistungen, in: Schmollers Jahrbuch für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 1. Halbband, 85. Jg., Berlin 1965, S. 188.

2) In Betracht käme auch eine Prämienrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen.

3) Vgl. Bogs, Walter u.a.: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, a.a.O., Ziff. 627, S. 219.

Folgende drei Formen der Selbstbeteiligung bieten sich an¹⁾:

(1) Qualitative Selbstbeteiligung:

Bestimmte Leistungen werden nicht von der Versicherung finanziert; die Kosten dieser Leistungen sind von den Versicherten zu tragen.

(2) Quantitative Selbstbeteiligung:

Bestimmte Leistungen werden von der Versicherung nur bis zu einer bestimmten Höhe oder von einer bestimmten Höhe an oder zu einem bestimmten Prozentsatz finanziert.

(3) Zeitliche Beschränkung der Leistungspflicht der Versicherung:

Nach einer bestimmten Zeit entsteht oder erlischt die Leistungspflicht der Versicherung für einzelne oder alle Leistungen.

Diese Formen lassen sich vielfältig kombinieren. So könnte etwa der Versicherte bei jeder Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung mit einem Pauschbetrag und einer prozentualen Beteiligung an den Behandlungskosten beteiligt werden. Diese Beträge könnten etwa am Einkommen, Vermögen und am Familienstand ausgerichtet werden und von einer bestimmten Krankheitsdauer an ganz entfallen²⁾.

1) Eine ähnliche Unterscheidung trifft Senff, Kurt: Die Kostenbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung, Diss., Frankfurt 1957, S. 17 f.

2) In § 195 Abs. 1 des Regierungsentwurfs zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung war seinerzeit im Fall der Krankenhauspflege eine Zahlung von drei DM für jeden Pflorgetag an das Krankenhaus vorgesehen. Vgl. Bundestagsdrucksache IV/216, Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz), Bonn, den 7. Dezember 1962, S. 12.

Allen Formen der Selbstbeteiligung ist gemein, daß ihre Belastungswirkung spürbarer als die einer Beitrags- oder gar einer Steuerzahlung ist, da der Selbstbeteiligungsbetrag aus den verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte gezahlt werden muß. Das kann dazu führen, daß das Wertbewußtsein der Patienten hinsichtlich des Gutes Gesundheit gesteigert wird. Der Patient wird vermutlich eher darauf achten, daß er nicht unnötig und nicht unnötig lange behandelt wird. Für den Bereich der stationären Krankenhausversorgung kann sich daraus eine Verminderung der Krankenhaushäufigkeit und eine Senkung der z.Z. in der BRD gegenüber dem vergleichbaren Ausland sehr hohen durchschnittlichen Verweildauer ergeben¹⁾. Vermutlich wird eine Selbstbeteiligung auch heilpädagogische Effekte haben; denn eine begonnene Behandlung, für die man direkte Zahlungen leisten muß, wird wahrscheinlich nicht so schnell abgebrochen wie eine "kostenlose" Behandlung. Darüber hinaus wird dem einzelnen Bürger durch die Einführung einer Selbstbeteiligung auf die anschaulichste Art und Weise bewußt gemacht, wieviel Gesundheit kostet und daß in einer Volkswirtschaft für Gesundheit nicht mehr aufgewendet werden kann als von den privaten Haushalten dafür aufgebracht wird.

Diese möglichen Vorteile einer Selbstbeteiligung sind gegen mögliche Nachteile abzuwägen. Eine zu geringe Selbstbeteiligung muß ihre erwünschte Wirkung verfehlen, da die Zahl der Bagatellfälle dadurch nur unwesentlich oder gar nicht gesenkt werden könnte. Die möglichen Kostensenkungen würden auch durch den zusätzlichen Verwaltungsaufwand überkompensiert werden. Eine wirklich wirksame Selbstbeteiligung müßte also ein gewisses Maß an Fühlbarkeit aufweisen. Eine solche Selbstbeteiligung kann

1) Zu der hohen Verweildauer in deutschen Krankenhäusern vgl. Richter, Gerhard: Muß ein Krankenhaus mit Defizit arbeiten? a.a.O., S. 82 und Fritz, K.: Kann die Verweildauer in den deutschen Krankenhäusern verkürzt werden? in: Das Krankenhaus, 62. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970, S. 271.

jedoch eine falsche Sparsamkeit bei den Versicherten bewirken. Die Folge davon kann sein, daß rechtzeitige Früherkennung und Frühbehandlung von Krankheiten versäumt werden. Der sich daraus womöglich ergebende Krankheitsverlauf kann bewirken, daß die Kostenvorteile der Selbstbeteiligung durch die Kosten der nunmehr notwendig werdenden, möglicherweise teureren Behandlung überkompensiert werden¹⁾.

Ob und inwieweit eine Selbstbeteiligung zu Kosteneinsparungen führt, wird sich nicht mit Sicherheit für alle Bereiche des Gesundheitswesens entscheiden lassen. Während sich die Selbstbeteiligung in Form der Rezeptblattgebühr zur Eindämmung des unnötigen Medikamentenverbrauchs bewährt haben dürfte, war sie im Falle der Prämienrückerstattung für nicht beanspruchte Krankenscheine vor allem wegen des unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwands ein Fehlschlag²⁾. Bei der Frage der Einführung einer Selbstbeteiligung wird man immer vor folgendem (möglichen oder tatsächlichen) Zielkonflikt stehen: Auf der einen Seite soll der Patient durch die Versicherung möglichst entlastet werden, damit er ärztliche Leistungen sofort in Anspruch nehmen kann (gesundheitsspolitischer Aspekt); auf der anderen Seite soll er aber daran gehindert werden, nicht-notwendige medizinische Leistungen zu Lasten der Versichertengemeinschaft in Anspruch zu nehmen (finanzieller Aspekt). Vielfach wird ein Kompromiß darin gesehen, daß man für den ambulanten Bereich eine Selbstbeteiligung akzeptiert, für den stationären Bereich aber ablehnt³⁾.

-
- 1) Wenn im Extremfall Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit oder sogar Tod die Folge sind, müssen neben Behandlungskosten gegebenenfalls auch noch Rentenzahlungen, Produktionsausfall u.a.m. in Ansatz gebracht werden.
 - 2) Vgl. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. - Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (Hrsg.): Ersatzkassen für Abschaffung der Krankenscheinprämie, in: Nachrichten und Informationen der Ersatzkassenverbände, Nr. 18, Hamburg, den 30. September 1971.
 - 3) Vgl. Bogs, Walter u.a.: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, a.a.O., Ziff. 699, S. 248.

Die bisherigen Erörterungen haben allerdings gezeigt, daß sich die kostenmäßigen Auswirkungen einer Selbstbeteiligung nicht a priori bestimmen lassen. Im Hinblick auf die starke Zunahme der Bagatellfälle und die immer teurer werdenden Krankenhausbetten, die für dringende Fälle freigehalten werden müssen, bietet sich deshalb eine versuchsweise Einführung einer spürbaren Selbstbeteiligung an¹⁾. Nur so wird man zu empirisch gesicherten Aussagen über die Wirkungen einer Selbstbeteiligung im Bereich der stationären Krankenversorgung kommen²⁾. Unabhängig davon wäre zu erwägen, die Verpflegungskosten von den Patienten selbst tragen zu lassen - etwa in Form einer Verpflegungstaxe -, da bei einem Krankenhausaufenthalt die häusliche Beköstigung eingespart wird. Hinsichtlich der Verteilungswirkungen einer solchen Maßnahme wäre zu berücksichtigen, daß die Einsparungen verschiedener Patienten (Erwachsene - Kinder, Familienangehörige - Ledige) recht unterschiedlich sein können.

-
- 1) Die Modalitäten einer solchen Selbstbeteiligung müßten aus verwaltungstechnischen und verwaltungsökonomischen Gründen möglichst einfach geregelt sein.
 - 2) In Schweden versucht man seit dem 1. Januar 1970, die Kosten der medizinischen Versorgung durch eine Selbstbeteiligung der Patienten zu begrenzen. Seit dieser Zeit müssen die Patienten 7 Kronen (etwa 5 DM) bei einer ambulanten Behandlung und 5 Kronen (etwa 4 DM) pro Pfl egetag bei einem Krankenhausaufenthalt zahlen. Über die Wirkungen dieser Maßnahmen läßt sich bislang kein abschließendes Urteil fällen. Auf deutsche Verhältnisse werden die Ergebnisse ohnehin nur bedingt übertragbar sein.

5. Kosten-Nutzen-Analyse im Krankenhauswesen

Dem Wunsch, so viel als möglich für das Gut Gesundheit auszugeben, stehen andere mehr oder weniger elementare Bedürfnisse (z.B. Nahrung, Wohnung, Kleidung) und die begrenzten wirtschaftlichen Mittel einer Volkswirtschaft entgegen. Ein sozialökonomisches Optimum, etwa im Sinne von G i e r s c h¹⁾, läßt sich deshalb nicht dadurch erreichen, daß durch ein Optimum an Ausgaben für Gesundheitsleistungen die größtmögliche Gesundheit der größten Zahl geschaffen wird. Vielmehr muß anhand ökonomischer Kriterien unter Zugrundelegung bestimmter Prioritäten ermittelt werden, welcher Teil des Sozialprodukts für die Gesundheit aufgewendet werden kann und soll. Sodann ist zu entscheiden, wie dieser Teil auf die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens verteilt werden soll²⁾.

Da die individuellen Nutzenschätzungen der privaten Haushalte für das Gut Gesundheit (hier: Krankenhausversorgung) nicht immer mit der gesamtwirtschaftlichen Bewertung übereinstimmen, kann mit Hilfe der klassischen Methoden der Investitionsrechnung³⁾ der Nutzen und die Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen im Gesundheitswesen nur unvollkommen bestimmt werden. Als Beurteilungskriterium und Entscheidungshilfe bietet sich hier das Instrument der Kosten-Nutzen-Analyse an. Mit Hilfe dieser Methode sollen die begrenzten volkswirtschaftlichen Ressourcen verteilt und Art, Menge und Zeitpunkt des Angebots an öffentlichen Gütern sowie die Wirtschaftlichkeit öffentlicher Projekte bestimmt werden⁴⁾.

1) Vgl. Giersch, Herbert: Allgemeine Wirtschaftspolitik, Bd. 1, Grundlagen, Wiesbaden 1961, S. 9' ff.

2) Innerhalb des Bereichs Gesundheit konkurrieren etwa stationäre, ambulante und semistationäre Behandlung oder Kurativ-, Präventiv- und Rehabilitationsmaßnahmen.

3) Hierzu zählen die Kapitalwertmethode, die Methode des internen Zinsfußes und die Annuitätenmethode.

4) Vgl. Recktenwald, Horst Claus: Die Nutzen-Kosten-Analyse, Tübingen 1971, S. 12 f.

Bund und Länder haben zwar nach § 6 Abs. 2 des Haushaltsgrundsätzegesetzes¹⁾ für geeignete Maßnahmen von erheblicher finanzieller Bedeutung Kosten-Nutzen-Untersuchungen anzustellen; bislang liegen allerdings keine umfassenden Kosten-Nutzen-Analysen für Gesundheitsleistungen, speziell für Krankenhausleistungen, vor²⁾. Trotz der Fülle der Cost-Benefit-Literatur³⁾ steckt die wirtschaftswissenschaftliche Behandlung vieler gesundheitspolitischer Fragen noch weitgehend in den Anfängen.

Rein wirtschaftlich gesehen bedeutet der Verlust von Gesundheit und Leben der Erwerbspersonen einen Verlust an Produktions- und Vermögenswerten⁴⁾. In dem Maße, in dem solche Verluste durch Aufwendungen für das Gut Gesundheit vermieden werden können, wird menschliche Arbeitskraft erhalten oder regeneriert. Die Höhe der Aufwendungen für das Gesundheitswesen sollte sich damit aus wirtschaftlicher Sicht nach dem maximal erzielbaren ökonomischen Gegenwert richten⁵⁾. Gleiche Überlegungen gelten für die Verteilung der begrenzten wirtschaftlichen Mittel innerhalb des Gesundheitswesens.

-
- 1) Vgl. Gesetz über die Grundsätze des Haushaltsrechtes des Bundes und der Länder (Haushaltsgrundsätzegesetz - HGrG) vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1273).
 - 2) Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 157.
 - 3) Einen Überblick vermitteln die Arbeiten von Elsholz, Günter: Cost-Benefit Analysis - Kriterien der Wirtschaftlichkeit öffentlicher Investitionen, in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 12. Jahr, Tübingen 1967, S. 286 ff.; Stolber, Walter: Nutzen-Kosten Analysen in der Staatswirtschaft. Wasserwirtschaftliche Projekte, Diss., Erlangen 1967; Recktenwald, Horst Claus (Hrsg.): Nutzen-Kosten-Analyse und Programmbudget, Tübingen 1970, hierin insbes. Prest, Alan R. und Turvey, Ralph: Nutzen-Kosten-Analyse: Ein Überblick, S. 103 ff.
 - 4) Vgl. Marshall, Alfred: Principles of Economics, 8. Aufl., London 1947, S. 193.
 - 5) Vgl. Wachsmuth, Wilhelm: Mehr Ökonomie im Gesundheitswesen, in: Der Volkswirt, 22. Jg., Nr. 28, Frankfurt 1968, S. 28.

Zur ökonomischen Beurteilung einer gesundheitspolitischen Maßnahme¹⁾ ist - wie bei anderen Maßnahmen auch - eine Gegenüberstellung sämtlicher Kosten und Erträge (Nutzen) dieser Maßnahme erforderlich. Zudem müssen die Kosten und Erträge der beabsichtigten Maßnahme mit den Kosten und Erträgen von Alternativmaßnahmen verglichen werden. Das kann dazu führen, daß der Nutzenzugang einer Krankenhausbehandlung mit dem Nutzenentgang eines zurückgestellten anderen Projektes, etwa einem Schul- oder Straßenbau, verglichen werden muß. Solche Vergleiche haben heute, selbst unter Zugrundelegung bestimmter vereinfachender Prämissen, vielfach noch den Charakter von Spekulationen, da sich wegen der vielfältigen Abgrenzungs-, Zuordnungs- und Bewertungsprobleme und wegen des unzulänglichen Zahlenmaterials sowohl Kosten und Nutzen von Gesundheitsleistungen als auch Kosten und Nutzen anderer Güter nur mit erheblichen Vorbehalten bestimmen lassen.

Die ersten Versuche einer Kosten-Nutzen-Analyse im Krankenhaus gehen von einem Fünfphasenmodell aus²⁾:

-
- 1) Bislang gibt es nur sporadische Untersuchungen zur gesamtwirtschaftlichen Beurteilung von Kosten und Erträgen von Gesundheitsleistungen. Vgl. etwa Weisbrod, Burton A.: Economics of Health, Philadelphia 1961; Liefmann-Keil, Elisabeth: Über die volkswirtschaftliche Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit, in: Bundesgesundheitsblatt, 7. Jg., Nr. 12, Berlin 1964, S. 177 ff.; Klarman, Herbert E.: The Economics of Health, New York und London 1965; Rahner, Erwin: Kosten- und Ertragsanalyse im Gesundheitswesen. Versuch einer ökonomischen Beurteilung von gesundheitspolitischen Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland, Diss., Saarbrücken 1965; Wolfslast, Jürgen: Cost-Benefit-Analyse im Gesundheitswesen. Veröffentlichung des Hamburgischen Welt-Wirtschafts-Archivs, Hamburg 1968.
 - 2) Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts e.V., Bd. 13, Stuttgart 1971, S. 185.

"1. Phase

Transformation der Vorstellungen der Gesellschaft über Art und Umfang der Krankenversorgung in Zielvorstellungen für das Krankenhauswesen und in ein Zielsystem für das einzelne Krankenhaus (mit Identifizierung und Gewichtung der einzelnen Zielelemente).

2. Phase

Transformation der Zielelemente in Beurteilungskriterien.

3. Phase

Anwendung der Beurteilungskriterien zur Auswahl unter alternativen Projekten und Programmen im Rahmen des Krankenhauswesens und/oder des einzelnen Krankenhauses.

4. Phase

Investitionen auf der Grundlage der Auswertungsanalysen.

5. Phase

Überprüfung der Zielelemente und Kriterien während und nach Ausführung der Projekte und Programme."

Die praktischen Erfahrungen, die man bisher mit der Anwendung der Kosten-Nutzen-Analyse gemacht hat, haben gezeigt, daß der Einsatz dieses Instrumentes bislang nur dann zu verwertbaren Ergebnissen geführt hat, wenn die zu analysierenden Maßnahmen partieller Natur waren und nur geringe externe und metaökonomische Effekte aufwiesen¹⁾. Besondere Schwierigkeiten bereitete die Quantifizierung der Erträge. Die wenigen Schätzungen, die es bis heute für den Bereich der BRD gibt, sind deshalb nur unter Vorbehalt zu akzeptieren. Einige von ihnen seien hier genannt:

1) Externe Effekte sind Belastungen oder Begünstigungen Dritter, die an der Entscheidung über eine bestimmte Maßnahme nicht beteiligt sind. Metaökonomische Effekte sind dadurch gekennzeichnet, daß sie sich nicht in monetäre Größen überführen lassen.

Poliomyelitis-Schutzimpfung¹⁾:

Kosten der Poliomyelitis-Schutzimpfung
in den Jahren 1962/63 33 Mill. DM

Erträge durch Verminderung der Kosten
der Krankheitsbehandlung und Vermeidung von Produktionsausfall 186 Mill. DM

Kosten : Erträge = 1 : 5,6

Schwangerschaftsvoruntersuchungen²⁾:

Kosten der Schwangerschaftsvoruntersuchungen im Jahre 1965 145 Mill. DM

Erträge durch Kostenminderung infolge
reduzierter perinataler Mortalität
und Reduzierung der Morbidität und
Mortalität der Mütter und der Neugeborenen 2 940 Mill. DM

Kosten : Erträge = 1 : 20,3

Phenylketonurie^{3) 4)}:

Kosten der Untersuchung von Säuglingen nach dieser Krankheit
pro Jahr 1 Mill. DM

Erträge durch eingesparten Behandlungsaufwand und vermiedenen Produktionsausfall 10 Mill. DM

Kosten : Erträge = 1 : 10

-
- 1) Vgl. Rahner, Erwin: Kosten- und Ertragsanalyse im Gesundheitswesen, a.a.O., S. 69.
2) Vgl. Wolfslast, Jürgen: Cost-Benefit-Analyse im Gesundheitswesen, a.a.O., S. 119.
3) Vgl. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Stenographischer Bericht der 108. Sitzung des Deutschen Bundestages, Bonn, den 12. März 1971, S. 6312.
4) Die Phenylketonurie ist eine angeborene Stoffwechselstörung. Wird die Krankheit nicht rechtzeitig erkannt, kann sie zu Schwachsinn führen.

Der Vorbehalt diesen und ähnlichen Angaben gegenüber gilt insbesondere hinsichtlich der Schätzung des Produktionsausfalls infolge von Krankheit und Tod. Bislang gibt es keine Methode, mit deren Hilfe sich mit größerer Wahrscheinlichkeit der Produktionsausfall im Krankheits- oder Todesfalle bestimmen ließe. So erklären sich auch die teilweise recht unterschiedlichen Angaben über die Summe der Kosten der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und der Krankheitsfolgekosten (insbesondere Rentenzahlungen und Produktionsausfall) für die gesamte Volkswirtschaft. Während S c h ä f e r ¹⁾ schätzte, daß das Bruttosozialprodukt im Jahre 1962 durch Krankheit, Invalidität und die daraus resultierenden Folgen um mehr als 60 Mrd. DM geschmälert wurde, veranschlagte N i t s c h m a n n ²⁾ die entsprechende Summe für 1966 auf ca. 120 Mrd. DM und S z a m e i t a t ³⁾ für 1970 auf rd. 70 Mrd. DM.

Diese unterschiedlichen Angaben machen deutlich, in welch geringem Maße es bisher gelungen ist, die Abgrenzungs-, Zuordnungs- und Bewertungsprobleme, die im Zusammenhang mit der Kosten-Nutzen-Analyse auftreten, zu bewältigen. Gleichzeitig verdeutlichen sie auch, wie notwendig es ist, zur Beurteilung gesundheitspolitischer Maßnahmen die Methode der Kosten-Nutzen-Analyse weiter auszubauen (Gesundheitsökonomik)⁴⁾. Dazu ist vor allem die

-
- 1) Vgl. Schäfer, Hans: Die Medizin heute, München 1963, S. 9.
 - 2) Vgl. Nitschmann, Leo: Kann man Gesundheit planen? in: Das Krankenhaus, 58. Jg., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966, S. 110.
 - 3) Vgl. Szameitat, Klaus: Was kostet die Gesundheit? Referat auf dem 20. Wissenschaftlichen Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens vom 12. bis 15. Mai 1970 in Stuttgart, zitiert in: BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 157 ff.
 - 4) Für diesen Bereich kann der von Schultz im Jahre 1961 vertretenen Auffassung "Health economics is in its infancy" auch heute noch zugestimmt werden. Schultz, Theodore, W.: Investment in Human Capital, in: The American Economic Review, Vol. LI, No. 1, San Francisco 1961, p. 9.

Erstellung von medizinisch-ökonomischen Statistiken und die verstärkte Anwendung ökonometrischer Methoden erforderlich. Bei allen finanziellen und wirtschaftlichen Überlegungen wird allerdings stets zu bedenken sein, daß Investitionen in das Krankenhaus- und Gesundheitswesen nicht allein unter ökonomischen, sondern etwa auch unter humanitären, ethischen und medizinischen Gesichtspunkten zu bewerten sind. Der Wert der Gesundheit läßt sich eben nicht einfach nur durch die Behandlungskosten und den Produktionsausfall im Krankheitsfall bestimmen. Gleichwohl behalten wirtschaftliche Maximen ihre Gültigkeit.

6.

Zusammenfassung und Ausblick

Die vorstehenden Erörterungen haben gezeigt, daß eine der wesentlichsten Voraussetzungen für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung ein gut organisiertes und leistungsfähiges Gesundheits- und Krankenhauswesen ist. Dabei hängt die Leistungsfähigkeit jedes einzelnen Krankenhauses wie die des gesamten Krankenhauswesens entscheidend von einem bedarfs- und fachgerecht gegliederten Krankenhaussystem, von der Verfügbarkeit über genügend qualifiziertes Personal und von einer hinreichenden Mittelausstattung ab. Vor allem schwächt eine unzureichende Finanzierung der Krankenhäuser deren Leistungsfähigkeit. Fehlt hier eine ausreichende Regelung, so kann das für viele Krankenhäuser sogar existenzbedrohend sein, womit zwangsläufig der Anspruch der Patienten, im Bedarfsfall ohne Rücksicht auf die wirtschaftliche oder soziale Stellung umgehend und sachgerecht behandelt zu werden¹⁾, gefährdet wird.

Die Analyse dieses Problemkomplexes hat deutlich gemacht, daß bei Berücksichtigung gesundheitspolitischer, wirtschaftlicher und sozialer Maximen eine Finanzierung der Krankenhausleistungen über die Preise (modifizierte marktwirtschaftliche Form der Krankenhausfinanzierung) trotz der Unvollkommenheit des Marktes für Krankenhausleistungen eine sachgerechte und zweckmäßige Lösung der Krankenhausfinanzierungsprobleme ermöglichen würde. Damit wäre eine der wichtigsten Voraussetzungen für die bestmögliche Krankenhausversorgung der Bevölkerung geschaffen. Diese Lösung wäre marktkonform und finanz- und verwaltungstechnisch relativ einfach, ohne sozial- oder ordnungspolitisch gebotene staatliche Eingriffe auszuschließen. Dennoch hat sie wenig Aussicht, realisiert zu werden. Obwohl eine dualistische Form der Krankenhausfinanzierung (über Steuern und Pflegesätze) einer monistischen Finanzierungsform über die Preise (über Pflegesätze) weder in gesundheitspolitischer noch in wirtschafts- oder sozial-

1) Vgl. dazu insbes. S. 156 dieser Arbeit.

politischer Hinsicht überlegen, sondern im Gegenteil mit teilweise erheblichen Nachteilen verbunden ist¹⁾, scheint die politische Entscheidung für den "zweigeteilten Pflegesatz" bereits gefallen zu sein, wenngleich die endgültige parlamentarische Beschlußfassung noch aussteht.

Der zweigeteilte Pflegesatz wird gegenüber der gegenwärtig noch praktizierten Form der Krankenhausfinanzierung nur eine kurzfristig wirksame Entlastung der Sozialversicherten bringen. Denn aufgrund der sich abzeichnenden Entwicklung der Krankenhauskosten (überproportionaler Anstieg der Personalkosten) wird der vom Staat über Steuern zu finanzierende Teil in Relation zu dem Teil, der durch Pflegesatzeinnahmen zu decken sein wird, immer geringer. Damit dürfte trotz steigender Einkommen und Versicherungsbeiträge bald eine Situation erreicht werden, die der heutigen insofern gleicht, als dann wieder neu zu entscheiden sein wird, ob die Versicherungsbeiträge erhöht oder der von der öffentlichen Hand zu finanzierende Teil ausgedehnt werden soll²⁾.

Darüber hinaus bringt die Entscheidung für den zweigeteilten Pflegesatz im Sinne des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze³⁾ eine Reihe von kurzfristig anstehenden Problemen mit sich, ohne deren Lösung eine effiziente Krankenhauspolitik nicht möglich sein wird.

Zu der aus Kostenersparnisgründen erforderlichen Ausrichtung des Angebots an Krankenhausleistungen am absolut-notwendigen Bedarf werden eine zweckmäßige Organisation der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, eine sinnvolle, d.h. den eigenen Auftrag nicht gefährdende Beschränkung des Leistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung sowie eine Standardisierung von Diagnostik und Therapie unerlässlich sein⁴⁾. Um die Not-

1) Vgl. Ziff. 1 ff. des Abschn. 4.2.4.1.3. dieser Arbeit.

2) Vgl. Ziff. 6 des Abschn. 4.2.4.1.3. dieser Arbeit.

3) Vgl. BTDr. VI/1874, a.a.O.

4) Zu weiteren Möglichkeiten der Kostenbeeinflussung vgl. Abschn. 3.3.2. dieser Arbeit.

wendigkeit bestimmter Ausgaben für Krankenhausleistungen und die Qualität und Quantität der zu erbringenden Leistungen beurteilen zu können, muß eine klare und verbindliche Zielkonzeption für das einzelne Krankenhaus und für das Krankenhauswesen insgesamt geschaffen werden. Diese Zielkonzeption muß im Hinblick auf die erstrebte Bundeseinheitlichkeit der Krankenhausversorgung und zur Schaffung eines bedarfs- und fachgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser allen Krankenhausbedarfsplänen der Länder zugrundegelegt werden. Eine solche Zielkonzeption wird nur dann operational sein, wenn es zur Vorgabe von Leistungs- und Kostennormen gelingt, die Aufgaben der Krankenhäuser und die daraus resultierenden Kosten systematisch abzugrenzen, zu erfassen und zu bewerten (Erstellung einer umfassenden und exakten Gruppenordnung) und wenn ein Zielerreichungsgrad formuliert werden kann. Dieses Erfordernis wird insbesondere im ärztlichen Bereich mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein; dennoch ist es für das Funktionieren eines solchen Finanzierungssystems unerlässlich, da mit diesem Verfahren ein Weg beschritten wird, an dessen Ende man eine rationale Bewältigung der gesamten gesundheitspolitischen Problemstellung, mit der sich die Gesellschaft gegenwärtig konfrontiert sieht, erwarten kann.

Die erforderliche Wirtschaftlichkeitskontrolle wird ohne genaue Kenntnis von Kennziffern über Leistungen, Organisation und Kosten aller Leistungsbereiche und Leistungsstellen nicht möglich sein. Um die Wirtschaftlichkeit betrieblicher Maßnahmen eines Krankenhauses im Zeitablauf und im Vergleich zu anderen Krankenhäusern kontrollieren zu können, sind die Rechnungs- und Buchführungsmethoden, die Kosten- und Leistungsrechnungen sowie die inner- und außerbetrieblichen Statistiken zu vereinheitlichen und hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit entscheidend zu verbessern.

Ob es gelingt, das betriebliche Rechnungswesen der Krankenhäuser zu vereinheitlichen und die Betriebsergebnisse der Krankenhäuser durch Betriebsstatistiken und Vergleichsrechnungen transparent und vergleichbar zu machen, ist bei der

unterschiedlichen Träger- und Rechtsform und bei der unterschiedlichen Struktur und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser nicht nur ein juristisches, sondern vor allem ein organisatorisches und damit in erster Linie ein Personalproblem. Denn eine Vereinheitlichung und Verbesserung des betrieblichen Rechnungs- und Informationswesens setzt nicht nur die Bereitschaft, sondern auch die Qualifikation der im Krankenhauswesen Tätigen voraus, anfallende Daten möglichst exakt zu erfassen, zu verarbeiten und weiterzugeben. Damit wird deutlich, daß eine ausreichende Krankenhausfinanzierung zwar eine notwendige, keineswegs aber auch eine hinreichende Bedingung für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und für eine bestmögliche Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist, wenn auch einzuräumen ist, daß ein Teil der Personalprobleme durch die Bereitstellung ausreichender Finanzmittel gelöst werden kann.

Wie immer man sich in der Frage der Finanzierung von Krankenhausleistungen entscheiden mag, es muß stets bedacht werden, daß selbst eine ausreichende und zweckmäßige (erst recht eine bestmögliche) Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen beträchtliche finanzielle Mittel erfordert. Diese werden in Zukunft, abgesehen von anderen Einflußfaktoren, schon allein deshalb eine steigende Tendenz aufweisen, weil nach Erreichen eines gewissen Lebensstandards (Nahrung, Kleidung, Wohnung u.ä.) die Bürger mehr Wert darauf legen werden, die Früchte ihrer Arbeit als Gesunde zu genießen. Vielfach ist Gesundheit auch eine unabdingbare Voraussetzung zur Sicherung des Lebensstandards. Um so bemerkenswerter ist es, daß weite Kreise unserer heutigen pluralistischen Gesellschaft von sich aus keine oder zumindest keine weiteren Opfer für die Erhaltung und Steigerung des Versorgungsniveaus der Volkswirtschaft bringen wollen, sondern immer mehr staatliche Eingriffe fordern. Ein überwiegender Teil der Bevölkerung scheint die damit verbundene Entwicklung zum Wohlfahrts- und Versorgungsstaat auch für den Bereich der Krankenhäuser zu befürworten. Man glaubt dadurch offenbar, sämtliche individuellen Risiken auf das Gemeinwesen abwälzen zu können. Ein Erklärungsmoment könnte vielleicht in der bei vielen anzu-

treffenden Meinung gesehen werden, eine Steuerfinanzierung würde sie selbst weniger belasten als andere. Nicht wenige sind auch der Auffassung, daß staatliche Lenkung mehr vermöge als private Initiative und Verantwortung. Die mit der Staatstätigkeit im Krankenhaus verbundenen Nachteile, wie etwa Freiheitsbeschränkung oder die relativ hohe wirtschaftliche Verlustquote bei staatlichen Finanztransaktionen (Absickerverluste) werden entweder nicht gesehen oder als gering bewertet. Den wenigsten dürfte auch bewußt sein, daß sie selbst in immer stärkerem Maße die Leistungen finanzieren, die sie vom Staat erhalten. Dies gilt bei dem gewaltigen Anstieg der Sozialausgaben¹⁾ in erheblichem Umfang auch schon für wirtschaftlich weniger leistungsfähige Bevölkerungsschichten. Mit Sicherheit kann aber vorausgesagt werden, daß die auf der Privatinitiative und Eigenverantwortung beruhende Leistungsgesellschaft nicht erhalten werden kann, wenn den Bürgern immer mehr Verantwortung abgenommen wird und ständig neue Lasten auf die öffentlichen Haushalte abgewälzt werden. In einem demokratischen und sozialen Rechtsstaat ist es für jeden Bürger (Patient, Steuerzahler, Beitragszahler) schon im eigenen Interesse wichtig zu wissen, wie teuer etwa diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Krankenhaus tatsächlich sind. Denn die für die gesamte Volkswirtschaft notwendige Sicherung und/oder Wiederherstellung der Gesundheit jedes einzelnen wird nur dann möglich sein, wenn alle staatlichen und privaten Kräfte zur Erreichung dieses Ziels zusammenarbeiten, und dazu zählt auch die Bereitstellung der erforderlichen finanziellen Mittel durch die privaten Haushalte.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang schließlich, daß die Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens ohne ein Krankenhausgesetz vor sich gegangen ist und daß bis heute - auch für Gebietskörperschaften - keine Rechtsverpflichtung besteht, Krankenhäuser zu bauen. Lediglich für die Vorhal-

1) Immerhin wird die Quote der Sozialleistungen am Brutto-sozialprodukt für 1971 auf über 20 % geschätzt. Vgl. Bundestagsdrucksache VI/2155, Sozialbericht 1971, Bonn, den 21. Mai 1971, S. 72.

tung von Seuchenbetten gibt es gesetzliche Bestimmungen¹⁾. Dagegen wäre für die Zukunft zu erwägen, die öffentliche Hand zur Errichtung und Vorhaltung von Krankenhäusern zu verpflichten²⁾, soweit ein bedarfs- und fachgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser nach Maßgabe der Krankenhausbedarfspläne der Länder nicht von privaten oder freigemeinnützigen Trägern sichergestellt wird. Damit würde gleichzeitig deutlich, daß zur Förderung der Gesundheit des einzelnen und des gesamten Volkes Behörden, Vereinigungen und private Initiative zusammenwirken müssen³⁾. Dabei wird zu berücksichtigen sein, daß Gesundheitspolitik heute nicht mehr nur als ein Teil der Sozialpolitik oder der Kulturpolitik verstanden wird, sondern daß sie eine eigenständige politische Funktion geworden ist⁴⁾. Gleichwohl steht die heutige Gesundheitspolitik nicht allein in der Verantwortung der Medizin, sondern es lassen sich vielfältige Interdependenzen zwischen der Gesundheitspolitik und anderen politischen Aufgabenbereichen aufzeigen⁵⁾. So überschneidet sich die Gesundheitspolitik in ihrem Gegenstand, ihren Zielsetzungen und ihren Nebenwirkungen etwa mit einigen Bereichen der Wirtschaftspolitik und besonders der Sozialpolitik. Eine unter dieser Perspektive effiziente Gesundheitspolitik ist dementsprechend ohne Koordination mit anderen politischen Aufgabenbereichen nicht möglich. Damit bietet die Gesundheitspolitik ein anschauliches Beispiel für die Notwendigkeit einer integrierten Gesellschaftspolitik.

1) Vgl. § 23 Abs. 1 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (BGBl. I S. 700) sowie § 37 Abs. 5 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz) vom 18. Juli 1961 (BGBl. I S. 1012).

2) In dem Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsgesetzes der Bundesregierung (BTDr. VI/1874, a.a.O.) ist eine solche Verpflichtung nicht vorgesehen.

3) Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 64.

4) Vgl. BTDr. VI/1667, a.a.O., S. 11.

5) Vgl. auch Abschn. 1.2.1. dieser Arbeit.

A M H A T G

Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten

Vom 31. August 1954

(Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954)

Auf Grund des § 2 des Preisgesetzes vom 10. April 1948 (WiGBL. S. 27) / 3. Februar 1949 (WiGBL. S. 14) / 21. Januar 1950 (Bundesgesetzbl. S. 7) / 8. Juli 1950 (Bundesgesetzbl. S. 274) / 25. September 1950 (Bundesgesetzbl. S. 681) / 23. Dezember 1950 (Bundesgesetzbl. S. 824) und 29. März 1951 (Bundesgesetzbl. I S. 223) in der sich aus § 37 des Gesetzes über die Investitionshilfe der gewerblichen Wirtschaft vom 7. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 7) ergebenden Fassung wird verordnet:

I. Anwendungsbereich

§ 1

(1) Krankenanstalten im Sinne dieser Verordnung sind:

1. Anstalten, in denen Kranke untergebracht und gepflegt werden und in denen durch ärztliche Hilfeleistung erstrebt wird, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern;
2. Entbindungsanstalten.

(2) Die auf Grund dieser Verordnung genehmigten oder festgesetzten Pflegesätze gelten für Leistungen der Krankenanstalten

1. für alle Personen, bei denen auf Grund gesetzlicher Vorschriften ein Sozialversicherungsträger oder ein Fürsorgeverband für die Pflegesätze aufkommt, sowie für sonstige Personen, die einen gesetzlichen Anspruch auf Heilbehandlung haben. Sozialversicherungsträger im Sinne dieser Vorschrift sind die Krankenkassen nach § 225 der Reichsversicherungsordnung, die Seekrankenkasse, die Ersatzkassen, die Träger der Invaliden- und der Angestelltenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Knappschaften;
2. für Selbstzahler der 3. Pflegeklasse.

II. Grundsätze

§ 2

(1) Die Pflegesätze der Krankenanstalten unterliegen für die in § 1 Abs. 2 bezeichneten Personen den Preisvorschriften. Sie werden für diesen Personenkreis von den Preisbildungsstellen der Länder genehmigt oder festgesetzt. Die bei Inkrafttreten dieser Verordnung zulässigen Pflegesätze gelten bis zu einer anderweitigen Regelung auf Grund dieser Verordnung weiter als Höchstpreise.

(2) Die Pflegesätze sind für alle in § 1 Abs. 2 bezeichneten Personen einheitlich zu genehmigen oder festzusetzen. Abweichend hiervon können besondere Regelungen für folgende Personenkreise getroffen werden:

1. für Personen, die nicht der Sozialversicherung unterliegen, nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung vom 7. August 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 866) versorgt werden oder nicht Fürsorgeempfänger sind, aber einen gesetzlichen Anspruch auf Heilbehandlung haben,
2. für Selbstzahler der dritten Pflegeklasse.

(3) Die Preisbildungsstellen sollen bei Verfahren zur Genehmigung oder Festsetzung von Pflegesätzen darauf hinwirken, daß eine Einigung der Krankenanstalten mit den Sozialversicherungsträgern und Fürsorgeverbänden binnen angemessener Frist zustande kommt; das Ergebnis ist der Genehmigung oder Festsetzung zugrunde zu legen.

(4) Kommt eine Einigung binnen angemessener Frist nicht zustande, so ist die Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger, bei diesen im Benehmen mit der Aufsichtsbehörde, zu prüfen und bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze zu berücksichtigen.

§ 3

Bei der Genehmigung oder Festsetzung von Pflegesätzen sollen unbeschadet des § 5 die Selbstkosten (§ 6) zugrunde gelegt werden.

§ 4

Werden Arztkosten oder Nebenkosten gesondert berechnet, so ist dies bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze zu berücksichtigen. Die Landesregierungen können bis zum Erlaß einer bundesrechtlichen Regelung bestimmen, welche Kosten als Arzt- oder Nebenkosten anzusehen sind.

§ 5

Für Gruppen gleichartiger Krankenanstalten, die nach einheitlichen Gesichtspunkten (z.B. nach ärztlicher Besetzung und medizinisch-technischer Einrichtung) zusammengefaßt sind, können Einheitssätze genehmigt oder festgesetzt werden.

III. Selbstkosten

§ 6

(1) Selbstkosten im Sinne dieser Verordnung sind unbeschadet des § 7 die mit einer stationären Krankenhausbehandlung bei sparsamer Wirtschaftsführung verbundenen Kosten nach Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse; hierbei haben die Betriebszuschüsse der letzten 5 Jahre vor der Festsetzung oder Genehmigung von Pflegesätzen als Bemessungsgrundlage zu dienen. Zu den Selbstkosten im Sinne dieser Verordnung zählen auch:

1. Zinsen für Fremdkapital mit dem tatsächlichen Aufwand, höchstens aber mit dem marktüblichen Zinssatz der erststelligen Hypotheken der öffentlich-rechtlichen Kreditanstalten; ferner gehören hierzu die Zinsen für Fremdmittel, die aus der Zeit vor Eintritt der Kriegsschäden herrühren, unter Berücksichtigung aller Ermäßigungsmöglichkeiten;
2. Absetzungen für Abnutzung in angemessener Höhe, jedoch nicht für den zerstörten Anlagewert; soweit solche zerstörten Anlagewerte wieder hergestellt werden, gilt als Abschreibungsgrundlage der vergleichbare Anschaffungswert von 1938;
3. Rückstellungen zur Anpassung an die diagnostisch-therapeutische Entwicklung in Höhe eines Hundertsatzes der Absetzungen für Abnutzung.

(2) Nicht zu berücksichtigen sind:

1. Zinsen für Fremdkapital, das verwendet wird:
 - a) für die Beseitigung von Kriegsschäden,
 - b) für die Deckung des Nachholbedarfs,
 - c) für Einrichtungen, die nicht den in § 1 Abs. 2 bezeichneten Personen dienen;
2. Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen;
3. Mehrkosten infolge nicht nur vorübergehender Minderbelegung der Anstalt, insbesondere auch infolge von Maßnahmen nach § 24 der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 (RGBl. I S. 1721);

4. Aufwendungen, die nicht unmittelbar der Krankenversorgung dienen, insbesondere für Beratungsstellen, für Wohlfahrtseinrichtungen des Betriebes;
5. Zinsen für Eigenkapital (einschließlich Baukostenzuschüsse und sonstige verlorene Zuwendungen);
6. Tilgungsbeträge für Fremdkapital.

§ 7

Der kostenrechnerische Abzug der herkömmlich geleisteten Betriebszuschüsse nach § 6 Abs. 1 darf bei der Festsetzung oder Genehmigung von Pflegesätzen nicht dazu führen, daß der nach den Vorschriften dieser Verordnung zulässige Pflegesatz gleichartiger freier gemeinnütziger Krankenanstalten unterschritten wird.

IV. Schlußbestimmungen

§ 8

(1) Die Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft.

(2) Mit dem gleichen Tage treten die Anordnung PR Nr. 140/48 über Pflegesätze der Kranken- und Heilanstalten und sonstigen pflegerischen Anstalten aller Art vom 18. Dezember 1948 (VfWMBL. II S. 109) sowie der Runderlaß Nr. 30/48 betr. Richtlinien für die Behandlung von Anträgen auf Erhöhung von Pflegesätzen der Kranken- und Heilanstalten und sonstigen pflegerischen Anstalten aller Art, insbesondere Alters-, Kinder-, Blinden- und Krüppelheime (VfWMBL. S. 202) außer Kraft.

(3) Zuwiderhandlungen gegen § 2 Abs. 1 Satz 3 sowie gegen Genehmigungen oder Festsetzungen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 werden nach den Straf- und Bußgeldvorschriften des Wirtschaftsstrafgesetzes 1954 vom 9. Juli 1954 (Bundesgesetzbl. I S. 175) geahndet.

Bonn, den 31. August 1954

- I B 4 - Y 5 c - 6811/54 -

Der Bundesminister für Wirtschaft

In Vertretung

m. d. W. d. G. b. Westrick

BWMBL 1954 S. 359

her Bundestag
Wahlperiode

Drucksache VI/1874

Sachgebiet 212

ndesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
(III/2) — 23300 — Kr 2/71

Bonn, den 25. Februar 1971

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlos-
senen

Entwurf eines Gesetzes
zur wirtschaftlichen Sicherung der Kranken-
häuser und zur Regelung der Krankenhaus-
pflegesätze — KHG —

mit Begründung (Anlage 1). Ich bitte, die Beschlußfassung des
Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Jugend, Familie und
Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 361. Sitzung am 29. Januar 1971
gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu
dem Gesetzentwurf wie aus der Anlage 2 ersichtlich Stellung
zu nehmen. Im übrigen erhebt der Bundesrat gegen den Gesetz-
entwurf keine Einwendungen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des
Bundesrates ist in der Gegenäußerung (Anlage 3) dargelegt.

Brandt

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG —

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

1. ABSCHNITT

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Grundsatz

Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

§ 2

Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Krankenhäuser

Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können,

2. Investitionskosten

a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter,

b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter);

zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs und ihrer Finanzierung,

3. für die Zwecke dieses Gesetzes den Investitionskosten gleichstehende Kosten

a) die Entgelte für die Nutzung der in Nummer 2 bezeichneten Anlagegüter,

b) die Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten,

c) die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten von Darlehen, soweit sie zur Finanzierung der in Nummer 2 sowie in Buchstaben a und b bezeichneten Kosten aufgewandt worden sind,

d) die in Nummer 2 sowie in Buchstaben a bis c bezeichneten Kosten, soweit sie gemeinschaftlichen Einrichtungen der Krankenhäuser betreffen,

4. Pflegesätze

die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen im Krankenhaus.

§ 3

Anwendungsbereich

Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf

1. Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist,
2. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug,
3. Polizeikrankenhäuser,
4. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter oder Angestellten.

2. ABSCHNITT

Förderung der Krankenhäuser

§ 4

Förderungsgrundsätze

(1) Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert. Dabei müssen die Förderung nach diesem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken.

(2) Anlauf- und Umstellungskosten sind in die Förderung einzubeziehen, wenn ohne ihre Übernahme die Aufnahme oder Fortführung des Betriebs gefährdet wäre. Unter den in Satz 1 bezeichneten Voraussetzungen können die Kosten des Erwerbs von Grundstücken oder ihrer Finanzierung sowie die Miete und Pacht von Grundstücken in die Förderung einbezogen werden.

(3) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 1. September 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 1556) in der Fassung des Gesetzes zur Änderung des Hochschulbauförderungsgesetzes vom 3. September 1970 (Bundesgesetzbl. I S. 1301) gefördert werden,
2. Krankenhäuser, die die Voraussetzungen der Gemeinnützigkeitsverordnung vom 24. Dezember 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1592) nicht er-

füllen; ein Krankenhaus kann jedoch gefördert werden, wenn die Gemeinnützigkeitsverordnung nur deshalb nicht anwendbar ist, weil es keine Körperschaft ist,

Einrichtungen in Krankenhäusern,

- a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
- b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,

Tuberkulosekrankenhäuser,

Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,

Versorgungskrankenhäuser,

Kurkrankenhäuser,

soweit die Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Nr. 4 ausgeschlossen ist,

die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere Ausbildungsstätten, Personalwohnungen und Personalwohnheime,

Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden, sowie Einrichtungen, für die auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften eine Verpflichtung zur öffentlichen Förderung besteht,

Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind.

4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundeses zu bestimmen, daß die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 3 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird, soweit dies zur Erreichung des in § 1 bezeichneten Zwecks notwendig ist.

5) Die sonstige öffentliche Förderung von Krankenhäusern bleibt unberührt, insbesondere Förderungsmaßnahmen zur Senkung unzumutbarer Belastungen der Krankenhausbenutzer durch die Vergesätze.

§ 5

Art der Förderung

Für Förderung nach § 4 Abs. 1 werden den Krankenhäusern Zuschüsse gewährt. An Stelle von Zinsen kann der Schuldendienst (Verzinsung, Tilgung und Verwaltungskosten) von Darlehen gewährt werden, die für Investitionskosten aufgenommen worden sind.

§ 6

Krankenhausbedarfsplanung

Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne für den Zeitraum der mehrjährigen Finanz-

planung des Bundes auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus und deren Finanzierung auf. In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die mehrjährigen Programme sind jährlich der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten. Bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres wird von den Ländern für das darauffolgende Kalenderjahr ein Krankenhausbauprogramm (Jahreskrankenhausbauprogramm) aufgestellt. Ferner ist der Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Wiederbeschaffung von mittel- und kurzfristigen Anlagegütern und für Instandhaltung und Instandsetzung (§ 10) anzugeben.

(2) Vor der endgültigen Aufstellung der mehrjährigen Programme berät der Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser darüber, wie die Krankenhausbedarfspläne und die Programme zu ihrer Durchführung so aufeinander abgestimmt werden können, daß für das Gebiet der Bundesrepublik ein Gesamtprogramm entsteht, welches dem in § 1 bezeichneten Zweck dieses Gesetzes entspricht, sowie die vorgeschlagenen Maßnahmen und ihre Finanzierung. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Fortführung der Programme.

§ 7

Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

(1) Beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ein Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts und die zuständigen obersten Landesbehörden angehören. Der Ausschuß hat die durch einzelne Beratungsgegenstände Betroffenen zu beteiligen. Den Vorsitz führt der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit.

(2) Dem Ausschuß obliegen neben der Beratung und Koordinierung in allen Angelegenheiten, die der Förderung des in § 1 genannten Zwecks dienen, insbesondere die sich aus § 6 Abs. 2 und § 22 Abs. 2 ergebenden Aufgaben sowie die Abstimmung der allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser. Er kann weiter alle Fragen beraten, die sich im Zusammenhang mit der Pflegesatzregelung nach §§ 16 bis 19 und aus der Durchführung des Gesetzes ergeben, insbesondere auch mit dem Ziel, die Durchführung des Gesetzes zwischen Bund und Ländern abzustimmen.

(3) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit erläßt die Geschäftsordnung des Ausschusses und führt die Geschäfte.

(4) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit bildet durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Beirat, der dem

Ausschuß nach Absatz 1 für Fragen im Zusammenhang mit den allgemeinen Grundsätzen für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser und mit der Pflegesatzregelung zur Seite steht. Dem Beirat gehören fünf Vertreter der Krankenhausräter, fünf Vertreter der Sozialleistungsträger und zwei Vertreter der Ärzteschaft an. In der Rechtsverordnung kann das Nähere über das Verfahren des Beirats geregelt und vorgesehen werden, daß der Beirat Sachverständige, insbesondere aus den Krankenhausberufen, zu beteiligen hat.

§ 8

Voraussetzungen der Förderung

(1) Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz nur gefördert, soweit und solange sie in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes (§ 6) aufgenommen sind und wenn die zuständige Landesbehörde ihre Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan und im Falle der Förderung nach § 9 die Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm festgestellt hat. Krankenhäuser mit weniger als 100 planmäßigen Betten werden nach § 9 nur gefördert, wenn sie in die Krankenhausbedarfsplanung ausdrücklich als zur Versorgung der Bevölkerung auf Dauer erforderlich aufgenommen worden sind. Die Feststellung nach Satz 1 kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausbedarfsplanung des Landes erforderlich ist.

(2) Anderen Krankenhäusern kann die Förderung nach den §§ 10 bis 12 zur Vermeidung von Härten in dem hierdurch gebotenen Umfang für eine begrenzte Übergangszeit, jedoch nicht über einen Zeitraum von zehn Jahren, gewährt werden, wenn damit die Umstellung auf andere Aufgaben erleichtert wird.

§ 9

Förderung der Errichtung von Krankenhäusern und des Ergänzungsbedarfs

(1) Für Krankenhäuser, die nach Inkrafttreten dieses Gesetzes errichtet werden, sind auf Antrag Fördermittel in Höhe der im Zusammenhang mit der Errichtung entstehenden und nachzuweisen- den förderungsfähigen Investitionskosten zu bewilligen, wenn die in § 8 Abs. 1 bezeichneten Voraussetzungen und die für die Förderung mit Landesmitteln geltenden Voraussetzungen vorliegen und die gesamte Finanzierung entsprechend den Grundsätzen der Landesförderung gesichert ist. Es sind nur die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigten Kosten zu berücksichtigen.

(2) Absatz 1 gilt für Krankenhäuser, die teilweise nach Inkrafttreten des Gesetzes errichtet werden, nur hinsichtlich der nach diesem Zeitpunkt entstandenen Investitionskosten nach Maßgabe der Feststellung im Jahreskrankenhausbauprogramm.

(3) Absatz 1 gilt entsprechend für die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche

Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes errichtet worden sind, soweit die Kosten dieser Ergänzung nach Maßgabe der Feststellung im Jahreskrankenhausbauprogramm erst nach diesem Zeitpunkt entstanden sind.

§ 10

Förderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern und der Instandhaltung und Instandsetzung

(1) Für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, deren Nutzung sich erfahrungsgemäß auf einen Zeitraum von mehr als drei Jahren und bis zu fünfzehn Jahren erstreckt (kurzfristige Anlagegüter), werden auf Antrag Fördermittel als pauschale jährliche Abgeltung in Höhe von 2,8 vom Hundert des Bettenwertes bewilligt.

(2) Für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, deren Nutzung sich erfahrungsgemäß auf einen Zeitraum von mehr als fünfzehn Jahren und weniger als dreißig Jahren erstreckt (mittelfristige Anlagegüter), werden auf Antrag Fördermittel als pauschale jährliche Abgeltung in Höhe von 1,3 vom Hundert des Bettenwertes bewilligt. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß die sich aus Satz 1 ergebenden Fördermittel an Stelle einer Pauschale im Einzelantragsverfahren bewilligt werden, soweit dies der Anpassung an den Zeitpunkt der tatsächlichen Wiederbeschaffung dient; dabei kann vorgesehen werden, daß die auf den wiederbeschafften Gegenstand entfallenden Fördermittel bereits vor dem nach Satz 1 maßgebenden Zeitraum bewilligt werden.

(3) Für Instandhaltung und Instandsetzung von Anlagegütern werden auf Antrag Fördermittel als pauschale jährliche Abgeltung in Höhe von 1,23 vom Hundert des Bettenwertes bewilligt.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die in den Absätzen 1 bis 3 bezeichneten Vomhundertsätze zu ändern, soweit dies zur Anpassung an eine wesentliche Änderung des Verhältnisses der langfristigen, mittelfristigen und kurzfristigen Anlagegüter zueinander oder an eine wesentliche Änderung ihrer Nutzungsdauer erforderlich ist.

(5) Zur Anpassung an den tatsächlichen Bedarf können die sich aus den Absätzen 1 und 3 ergebenden Beträge in kürzeren, nach Absatz 2 pauschal gewährte Beträge auch in längeren als jährlichen Zeiträumen ausbezahlt werden.

(6) Bettenwert im Sinne der Absätze 1 bis 3 ist der Wiederbeschaffungswert aller nach diesem Gesetz förderungsfähigen kurzfristigen und mittelfristigen Anlagegüter des Krankenhauses, bezogen auf das Krankenhausplanbett im Zeitpunkt der Bewilligung unter Berücksichtigung der für die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung notwendigen Aufwendungen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechts-

verordnung den Bettenwert für Gruppen gleichartiger Krankenhäuser zu pauschalieren.

§ 11

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) An Stelle der Förderung der Anschaffung von Anlagegütern nach § 9 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung solcher Anlagegüter bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihr Einverständnis erklärt hat. Die Erklärung kann auch allgemein im voraus für die Nutzung bestimmter Güter abgegeben werden. Das Einverständnis kann auch nachträglich erklärt werden, wenn die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde und wirtschaftliche Nachteile nicht zu erwarten sind.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 gewährten Fördermittel, soweit von der Ermächtigung nach § 10 Abs. 2 Satz 2 Gebrauch gemacht worden ist, oder der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck wesentlich beeinträchtigt werden kann. Im übrigen ist die Verwendung dieser Fördermittel zu dem in Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Zweck zulässig, soweit er einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht.

§ 12

Förderung bei Aufnahme von Darlehen

(1) Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 10 mit öffentlichen Mitteln gefördert werden, Darlehen auf dem Kapitalmarkt vor Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgenommen worden, so werden auf Antrag in Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt; für nach dem 1. Januar 1970 aufgenommene Darlehen jedoch nur, soweit ein unabweisbarer Bedarf nachgewiesen wird. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Länder und Gemeinden (Gemeindeverbände), soweit diese nicht nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in Zuschüsse umgewandelt werden.

(2) Absatz 1 gilt nicht für Darlehen, die zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers nach dem 1. Januar 1970 aufgenommen wurden. Fördermittel werden nicht gewährt für erhöhte Lasten aus einer Umschuldung, es sei denn, daß diese aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unvermeidbar war.

(3) Krankenhäuser, die Fördermittel nach Absatz 1 in Anspruch nehmen wollen, sind zur Auskunft über alle Tatsachen verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 2 notwendig ist. Werden die Auskünfte nicht, nicht vollständig, nicht fristgemäß oder unrichtig gegeben, so können die Fördermittel versagt oder zurückgefordert werden.

§ 13

Ausgleich für Eigenmittel

(1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so ist dem Krankenhausträger bei Beendigung der Förderung, spätestens mit Ablauf der Nutzungsdauer der langfristigen Anlagegüter, auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung aus Fördermitteln zu gewähren. Eigenmittel im Sinne des Satzes 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers. Sind für die Wiederbeschaffung des Anlagegutes Fördermittel nach § 10 bewilligt worden, entfällt der Ausgleichsanspruch, soweit zu dem nach Satz 1 für diesen Anspruch maßgebenden Zeitpunkt die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.

(2) Für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs sind der Wert des Anlagegutes bei Beginn der Förderung und die restliche Nutzungsdauer während der Zeit der Förderung zugrunde zu legen.

(3) Ein Ausgleich nach Absatz 1 wird nicht gewährt für Krankenhäuser, die auf Grund des § 8 Abs. 2 gefördert werden sowie für Einrichtungen oder Anlagegüter, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden können.

§ 14

Bedingungen und Auflagen bei der Bewilligung der Fördermittel

Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Bedingungen oder Auflagen nur verbunden werden, soweit sie für die Einhaltung der Ziele des Krankenhausbedarfsplanes erforderlich sind.

§ 15

Sicherung der Zweckbindung

(1) Bei der Bewilligung ist sicherzustellen, daß die nach den §§ 9 bis 12 gewährten Fördermittel nicht für Zwecke außerhalb des geförderten Krankenhauses verwendet werden.

(2) Die Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgabe nach dem Krankenhausbedarfsplan nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Krankenhausanlage, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben unmöglich wird.

3. ABSCHNITT

Vorschriften über Krankenhauspflegesätze

§ 16

Verordnung zur Regelung der Pflegesätze

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze der Krankenhäuser, über Rechnungs- und Buchführungspflichten und das anzuwendende Verfahren nach § 18 zu erlassen. Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierungen übertragen werden; dabei kann bestimmt werden, daß die Landesregierungen die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen können.

(2) Absatz 1 findet keine Anwendung auf Krankenhäuser, die nach § 4 Abs. 3 Nr. 2, 4 oder 7 nicht gefördert werden.

§ 17

Grundsätze für die Pflegesatzregelung

(1) Die Pflegesätze sind für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Sie müssen auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern.

(2) Im Pflegesatz sind Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen, und Kosten für Leistungen, die weder unmittelbar noch mittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen, nicht zu berücksichtigen.

(3) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz gefördert werden, und bei den in § 4 Abs. 3 Nr. 1 bezeichneten Krankenhäusern sind außer den in Absatz 2 genannten Kosten im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen

1. Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren,
2. Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs oder ihrer Finanzierung,
3. Anlauf- und Umstellungskosten,
4. Kosten der in § 4 Abs. 3 Nr. 8 bis 10 bezeichneten Einrichtungen,
5. Kosten, für die eine öffentliche Förderung im Sinne von § 4 Abs. 5 gewährt wird;

dies gilt bei Krankenhäusern, die teilweise gefördert werden, nur hinsichtlich des geförderten Teils.

(4) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern keine höheren Pflegesätze geför-

dert werden, als sie von diesen für Leistungen von gleichbarer nach diesem Gesetz geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Dies gilt auch für die in § 16 Abs. 2 genannten Krankenhäuser.

§ 18

Festsetzungsverfahren

(1) Die Pflegesätze werden, soweit sie nicht bereits durch eine auf Grund von § 16 Abs. 1 Satz 1 erlassene Verordnung bestimmt sind, von der nach Landesrecht zuständigen Behörde festgesetzt. Soweit Einigungsverhandlungen noch nicht geführt worden sind, fordert sie vor ihrer Entscheidung die betroffenen Krankenhausträger und Sozialleistungsträger auf, eine Einigung über die Pflegesätze herbeizuführen; das Ergebnis ist bei der Festsetzung zu berücksichtigen. Kommt eine Einigung innerhalb von sechs Wochen nach der Anzeige über den Beginn der Einigungsverhandlungen oder der Aufforderung nicht zustande, werden die Pflegesätze nach Anhörung der Beteiligten festgesetzt.

(2) Für Gruppen gleichartiger Krankenhäuser, die nach einheitlichen Gesichtspunkten bewertet werden können, können einheitliche Pflegesätze festgesetzt werden.

§ 19

Übergangsregelung für Pflegesätze

(1) Bis zur Festsetzung neuer Pflegesätze auf Grund dieses Gesetzes gelten die bisherigen Pflegesätze und die ihnen zugrundeliegenden preisrechtlichen Vorschriften mit der Maßgabe weiter, daß mit Beginn der Förderung nach diesem Gesetz die bewilligten Fördermittel in der Höhe abzusetzen sind, in der sie an die Stelle im Pflegesatz berücksichtigte Selbstkosten treten.

(2) Übersteigt der erstmals auf Grund dieses Gesetzes für ein nach diesem Gesetz gefördertes Krankenhaus festgesetzte Pflegesatz den nach dem bisherigen Recht maßgebenden Pflegesatz um mehr als 7,5 vom Hundert, so sind die übersteigenden Beträge aus Fördermitteln abzugelten; bei der Berechnung bleiben Kostenänderungen außer Betracht, die auch nach dem bisherigen Recht zu berücksichtigen waren. Ab 1. Januar 1973 ist der in Satz 1 genannte Vohundertersatz jährlich um 7,5 vom Hundert des nach dem bisher geltenden Recht maßgebenden Pflegesatzes zu erhöhen und der Abgeltungsbetrag entsprechend zu mindern; seine Zahlung endet spätestens am 31. Dezember 1976.

4. ABSCHNITT

Finanzhilfen des Bundes

§ 20

Finanzhilfen für Investitionen in Krankenhäusern

Der Bund gewährt den Ländern Finanzhilfen für Investitionen in Krankenhäusern. Die Finanzhilfe

en nur für Investitionen verwendet werden, die diesem Gesetz gefördert werden.

§ 21

Finanzierungsplafond

Der Bund stellt in jedem Haushaltsjahr für Finanzhilfen nach § 20 ein Drittel des Betrages bedarf der Erhaltung des Bettenbestandes der nach dem Gesetz geförderten Krankenhäuser mit mehr als 100 planmäßigen Betten ermöglicht; insgesamt der Betrag jedoch begrenzt auf die sich aus dem Finanzplan des Bundes ergebenden Beträge. Für die Haushaltsjahre 1971 bis 1974 ergeben sich diese Beträge aus den nach Absatz 4 für ihre Beschaffung vorgesehenen Beträgen. Für die folgenden Jahre werden sich die Beträge entsprechend den jährlichen Steigerungsraten der durchschnittlichen Beträge.

Bei der Berechnung des Betrages nach Absatz 1 sind der durchschnittliche Bettenwert, die durchschnittliche Versorgung mit Krankenhausbetten im Bundesgebiet und die durchschnittliche Nutzungsdauer unter Beachtung der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zugrunde zu legen. Die sich aus Absatz 1 Satz 2 ergebenden Lasten sind nicht zu berücksichtigen.

Der Bund kann die Finanzhilfen auch durch Übernahme des Schuldendienstes für Kapitalmittel beschaffen. Soweit das jeweilige Hausgesetz diese Möglichkeit vorsieht, wird der Bundesminister der Finanzen ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit Kreditinstitute oder sonstige Einrichtungen mit der Beschaffung von Kapitalmarktfaktoren zu beauftragen und hierfür Bürgschaften, Garantien oder sonstige Gewährleistungen zuzugeben.

Im Haushaltsjahr 1971 stellt der Bund für die Beschaffung der in Absatz 1 bezeichneten Finanzhilfen 9 Millionen DM, für 1972 55 Millionen DM, für 1973 120 Millionen DM und für 1974 186 Millionen DM bereit.

§ 22

Verteilung der Finanzhilfen

Die Finanzhilfen des Bundes sind in Höhe von einem Hundert den Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zuzuweisen.

Die übrigen Finanzhilfen des Bundes sind dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit nach Schwerpunkten zur Befriedigung überregionalen Bettenbedarfs, zur Berücksichtigung unterschiedlicher gesundheitlicher Verhältnisse zur Beseitigung einer regionalen Unterversorgung oder zur Durchführung von Rationalisierungs- und von Modellmaßnahmen im Benehmen des Ausschusses für Fragen der wirtschaftlichen Versorgung der Krankenhäuser zu verteilen.

(3) Innerhalb des Zeitraums vom Inkrafttreten des Gesetzes bis zum 31. Dezember 1974 sowie innerhalb jedes darauf folgenden Zeitraums von drei Jahren dürfen Finanzhilfen nach den Absätzen 1 und 2 einem Land nur bis zu einem Drittel des Betrages gewährt werden, den das Land oder die Gemeinden (Gemeindeverbände) in demselben Zeitraum für Leistungen nach den §§ 9 bis 13 und § 19 Abs. 2 aufgewendet haben; dabei sind Leistungen nach § 12 Abs. 1 Satz 2 nicht zu berücksichtigen. Soweit der Ausgleich nicht innerhalb des jeweiligen Zeitraums möglich oder zweckmäßig ist, ist er in dem auf den Zeitraum folgenden Haushaltsjahr vorzunehmen.

§ 23

Mitteilung über die Verwendung der Finanzhilfen

Über die Durchführung der Programme (§ 6) übermitteln die Länder dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit jährlich eine Übersicht, aus der sich für jedes Vorhaben mit förderungsfähigen Kosten über 5 Millionen DM ergeben: die Gesamtkosten, die förderungsfähigen Kosten und die Summe der aus den Finanzhilfen in dem betreffenden Jahr gezahlten Fördermittel. Für die übrigen Vorhaben soll die Übersicht nur die Zahl der geförderten Vorhaben, die Summe der förderungsfähigen Kosten und der aus den Finanzhilfen in dem betreffenden Jahr gezahlten Fördermittel enthalten.

§ 24

Vereinfachter Verwendungsnachweis

(1) Die Finanzhilfen, die der Bund den Ländern nach diesem Gesetz gewährt, sind Zuwendungen im Sinne der Bundeshaushaltsordnung.

(2) Die Länder weisen dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit jeweils für ein Haushaltsjahr die zweckentsprechende Verwendung der Finanzhilfen nach durch Mitteilung der Zahl der geförderten Vorhaben, der Summe der für diese Vorhaben angefallenen förderungsfähigen Kosten sowie der Summe der aus den Finanzhilfen ausgezahlten Fördermittel.

(3) Ein weitergehender Verwendungsnachweis der Länder entfällt.

§ 25

Förderung der Forschung

Von dem nach § 21 Abs. 1, erster Halbsatz für Finanzhilfen des Bundes bereitgestellten Betrag kann der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit einen Betrag von 0,25 vom Hundert, im Einvernehmen mit den Ländern bis zu 0,50 vom Hundert, zur Erreichung und Unterstützung des in § 1 bezeichneten Zweckes für Forschungszwecke, insbesondere für die Forschung im Bereich des rationalen Krankenhausbau, der Krankenhausorganisation und der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs, in Anspruch nehmen. Die Forschungen sind mit den Forschungsvorhaben der Länder abzustimmen.

5. ABSCHNITT

Ergänzende und Schlußvorschriften

§ 26

Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen

(1) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, durch die näher bestimmt wird,

1. welche Kosten im Sinne des § 2 Nr. 2 als Kosten der Errichtung von Krankenhäusern anzusehen sind, welche Wirtschaftsgüter zum Krankenhaus gehören und welche Kosten der Instandhaltung oder Instandsetzung zu berücksichtigen sind,
2. unter welchen Voraussetzungen Krankenhäuser oder Einrichtungen als solche im Sinne des § 4 Abs. 3 Nr. 2 bis 10 anzusehen sind,
3. welche Kosten bei der Ermittlung der Bettenwerte (§ 10 Abs. 6, § 21 Abs. 2) zu berücksichtigen sind, welche Aufwendungen als zur üblichen Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung notwendig anzusehen sind und welches Verfahren bei Feststellen der Bettenwerte anzuwenden ist,
4. welche regelmäßige oder durchschnittliche Nutzungsdauer (§ 13, § 21 Abs. 2) bei Anlagegütern zugrunde zu legen ist, unter welchen Voraussetzungen Mittel des Krankenhausträgers als frei verfügbar im Sinne des § 13 Abs. 1 anzusehen sind und welches Verfahren bei der Berechnung und Feststellung des Ausgleichsanspruchs nach § 13 anzuwenden ist,
5. welche Aufwendungen zu den in § 17 Abs. 3 bezeichneten Kosten zu rechnen sind.

(2) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, daß und welche Auskünfte die Kran-

kenhäuser und die Sozialleistungsträger zu erteilen haben, um die Feststellungen treffen zu können, die

1. für die Aufstellung allgemeiner Grundsätze eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser,
2. für die Beurteilung der nach §§ 16 bis 19 für die Gestaltung der Pflegesätze maßgebenden Umstände und der in § 22 Abs. 2 genannten Voraussetzungen,
3. im Interesse der Forschung nach § 25

erforderlich sind, insbesondere Angaben zu den Aufwendungen für Personal- und Sachaufwand der Krankenhäuser, zur Verweildauer, über die geleisteten und in Anspruch genommenen Pflegetage, allgemeine statistische Angaben über die Benutzer, ihre Erkrankungen und die örtlichen Beziehungen zum Krankenhaus.

§ 27

Übergangsvorschrift

Ist bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in einem Land ein Krankenhausbedarfsplan nach § 6 noch nicht aufgestellt, so tritt an seine Stelle für die Anwendung des § 8 bis zum 31. Dezember 1972 die Feststellung des Landes, daß die Voraussetzungen für eine Förderung nach diesem Gesetz vorliegen.

§ 28

Geltung im Land Berlin

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 29

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 1971 in Kraft.

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabellen

Tab. 1:	Krankenhausträger und planmäßige Betten	43
Tab. 2:	Anteile einzelner Kostenarten an den Gesamtkosten	51
Tab. 3:	Abhängigkeit der Kosten von der Belegung (kurzfristige Betrachtung)	53

Abbildungen

Abb. 1:	Eingliederung der Zielsetzungen der Krankenhäuser in ein umfassendes öffentliches Zielsystem	26
Abb. 2:	Krankenhäuser im Rahmen der Einzelwirtschaften	31
Abb. 3:	Der Bedarf an Krankenhausleistungen	34
Abb. 4:	Nachfragekurve nach Krankenhausleistungen	40
Abb. 5:	Gesamtkosten eines Krankenhauses	70
Abb. 6:	Kosten und Erlöse je Patient bei Vernachlässigung intervall-fixer Kosten	74
Abb. 7:	Kosten und Erlöse je Patient bei Berücksichtigung intervall-fixer Kosten	75
Abb. 8:	Ausgaben der privaten Haushalte und der öffentlichen Hand für ausgewählte Wirtschaftsgüter im Jahre 1969	101
Abb. 9:	Die Deckung einzelner Kostenbestandteile nach dem E-KHG	131
Abb. 10:	Graphische Darstellung des degressiven Pflegesatzes	164

LITERATURVERZEICHNIS

1. Bücher und selbständige Schriften

Auerbach, Walter:

Problem Krankenhaus. Alternativen, Vortrag vor der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt am 28. November 1969 in Bad Godesberg, hektographiertes Manuskript

Bachof, Otto:

Rechtsgutachten über die Verfassungs- und Gesetzmäßigkeit der Bundespflegesatz-Verordnung (VO FR Nr. 7/54 vom 31. 8. 1954), Schriften der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Heft 3, Stuttgart und Köln 1963

Bachof, Otto und Scheuing, Dieter Helmut:

Krankenhausfinanzierung und Grundgesetz. Rechtsgutachten zum Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Schriften der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Heft 6, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1971

Bögs, Walter u.a.:

Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966

Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.):

Bericht der Kommission zur Erstellung eines Krankenhausplanes für das Land Nordrhein-Westfalen 1968 - 1980, Siegburg 1969

Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.):

Elektronische Datenverarbeitung in der Medizin - Stand und Entwicklung, Bonn-Bad Godesberg 1971

Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.):

Kosten und Leistungsstruktur im Allgemeinen Krankenhaus, Düsseldorf 1963

Dasselbe:

Datenverarbeitung im Krankenhaus, Forschungsberichte des Landes Nordrhein-Westfalen, Nr. 2079, Köln und Opladen 1970

Eichhorn, Siegfried:

Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts e.V., Bd. 11, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1967

Derselbe:

Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts, e.V., Bd. 13,
Stuttgart 1971

Elsholz, Konrad:

Krankenhäuser. Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft,
Baden-Baden 1969

Eucken, Walter:

Die Grundlagen der Nationalökonomie, 8. Aufl.,
Berlin, Heidelberg, New York 1965

Fischer, Alfons:

Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, 2 Bände,
Berlin 1933

Galbraith, John Kenneth:

American Capitalism. The Concept of Countervailing
Power,
Boston 1952

Derselbe:

Gesellschaft im Überfluß,
München, Zürich 1959

Derselbe:

Die moderne Industriegesellschaft,
München, Zürich 1969

Gehrt, Maria und Stiefel, Karl Heinz:

Das Krankenhausarchiv,
Köln 1963

Gerfeldt, Ewald:

Das Krankenhaus und seine Betriebsführung, 3., neubearb.
Aufl.,
Stuttgart 1959

Geschäftsbericht der Deutschen Bundesbahn:

Geschäftsjahr 1968 (1970),
Frankfurt a.M. 1969 (1971)

Giersch, Herbert:

Allgemeine Wirtschaftspolitik, Bd. 1, Grundlagen,
Wiesbaden 1961

Goldhahn, Richard:

Spital und Arzt von Einst bis Jetzt,
Stuttgart 1940

Gutenberg, Erich:

Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, Bd. I, Die
Produktion, 5. Aufl.,
Berlin, Göttingen, Heidelberg 1960
sowie 14. Aufl.,
Berlin, Heidelberg, New York 1968

- Heinen, Edmund:
Betriebswirtschaftliche Kostenlehre, Bd. 1,
Wiesbaden 1959
- Herder-Dorneich, Philipp u.a.:
Honorarreform und Krankenhausassanierung,
Berlin 1970
- Kihm, Kurt L. u.a.:
Die Relation der Krankenhauskosten, 1., 2. und 3.
Pflegeklasse,
Detmold 1970
- Kilger, Wolfgang:
Flexible Plankostenrechnung, 2. Aufl.,
Köln und Opladen 1961
- Klarman, Herbert E.:
The Economics of Health,
New York und London 1965
- Kosiol, Erich:
Kostenrechnung und Kalkulation,
Berlin 1969
- Lohmann, Martin:
Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, 3. Aufl.,
Tübingen 1959
- Marshall, Alfred:
Principles of Economics, 8. Aufl.,
London 1947
- Mellerowicz, Konrad:
Betriebswirtschaftslehre der Industrie, 6., neubearb.
und erw. Aufl., Bd. 1,
Freiburg i. B. 1968
- Derselbe:
Kosten und Kostenrechnung, Bd. 1, Theorie der Kosten,
4., durchges. Aufl.,
Berlin 1963
- Musgrave, Richard Abel:
Finanztheorie,
Tübingen 1966
- Naschold, Frieder:
Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer
Theorie der Statuspolitik,
Freiburg i. B. 1967
- Recktenwald, Horst Claus:
Die Nutzen-Kosten-Analyse,
Tübingen 1971

- Rhode, Johann Jürgen:
Soziologie des Krankenhauses,
Stuttgart 1962
- Schäfer, Erich:
Grundlagen der Marktforschung, 4., neubearb. und erw.
Aufl.,
Köln und Opladen 1966
- Schäfer, Hans:
Die Medizin heute,
München 1963
- Schlieder, Werner:
Die Selbstkostenermittlung der Krankenanstalten, 3.
Aufl.,
Göttingen 1969
- Schmalenbach, Eugen:
Kostenrechnung und Preispolitik, 8., erw. und verb.
Aufl., bearb. von Richard Bauer,
Köln und Opladen 1963
- Schneider, Erich:
Einführung in die Wirtschaftstheorie, Bd. II, 10.,
verb. Aufl.,
Tübingen 1964
- Derselbe:
Theorie der Produktion,
Wien 1934
- Studienstiftung der Verwaltungsleiter deutscher Kranken-
anstalten e.V. (Hrsg.):
Betriebsabrechnung im Krankenhaus,
Kulmbach 1971
- Dieselbe:
Die gesellschaftliche Einschätzung von Krankenpflege-
berufen in der Bundesrepublik Deutschland,
Kulmbach 1969
- Dieselbe:
Krankenhaus-Einheits-Kontenplan,
Kulmbach 1961
- Weisbrod, Burton A.:
Economics of Health,
Philadelphia 1961
- Wöhe, Günter:
Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre,
9., unveränderte Aufl.,
Berlin und Frankfurt a. M. 1969

Wolfslast, Jürgen:

Cost-Benefit-Analyse im Gesundheitswesen, Veröffentlichung des Hamburgischen Welt-Wirtschafts-Archivs, Hamburg 1963

2. Dissertationen

Abromeit, Gisela:

Volkswirtschaftliche Kosten,
Berlin 1954

Bopp, Sigrid:

Regionale Krankenhausplanung. Versuch ihrer theoretischen Erfassung und Untersuchung der Praxis in der BRD, in den USA und in England,
Freiburg 1969

Dudeck, Joachim:

Der Einfluß nicht-medizinischer Faktoren auf die Verweildauer im Krankenhaus,
Heidelberg 1962

Kress, Karl Peter:

Die Leistungsfunktionen des Krankenhauses in betriebswirtschaftlicher Sicht,
München 1968

Rahner, Erwin:

Kosten- und Ertragsanalyse im Gesundheitswesen. Versuch einer ökonomischen Beurteilung von gesundheitspolitischen Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland, Saarbrücken 1965

Senff, Kurt:

Die Kostenbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung,
Frankfurt a. M. 1957

Starke, Marie-Theres:

Die Finanzierung der Krankenhausleistungen als sozial- und ordnungspolitisches Problem,
Münster 1962

Stolber, Walter:

Nutzen-Kosten Analysen in der Staatswirtschaft. Wasserwirtschaftliche Projekte,
Erlangen 1967

Unkell, Franz:

Kosten und Rentabilität der hessischen Krankenanstalten auf Grund betriebsvergleichender Untersuchungen,
Frankfurt a. M. 1952

Welzel, Hartmut:

Die Kosten der Krankenanstalten, Entwicklungstendenzen
und Deckungsmöglichkeiten,
Tübingen 1962

3. Aufsätze und Beiträge zu Sammelwerken

Adam, Wilhelm:

Das deutsche Krankenhauswesen,
in: Wirtschaftsprüfer im Dienst der Wirtschaft. Festschrift für Ernst Knorr,
Düsseldorf 1968

Derselbe:

Die Kosten der Gesundheit,
in: Das Krankenhaus, 60. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1968

Derselbe:

Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten,
in: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, Bd. 6,
Stuttgart, Tübingen, Göttingen 1959

Derselbe:

Licht- und Schattenseiten eines Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes,
in: Das Krankenhaus, 62. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970

Derselbe:

Über Sinn und Unsinn der Gesundheitspolitik,
in: Das Krankenhaus, 60. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1968

Derselbe:

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser,
in: Das Krankenhaus, 55. Jg.,
Stuttgart und Köln 1963

Andreae, Clemens-August:

Krankenhausfinanzierung - Modell einer Neuordnung,
in: Der angestellte Arzt, 22. Jg.,
Münster 1969

Andreae, Clemens-August und Bellen, Alexander van der:
Finanzpolitik und öffentliche Anstalten. Das Beispiel
der Krankenhausfinanzierung,
in: Finanz- und Geldpolitik im Umbruch, hrsg. von
Haller, Heinz u.a.,
Mainz 1969

Aubel, Peter van:

Wirtschaftliche Betrachtungen über den Bedarf an
Krankenhausbetten und seine Deckung,
in: Das Krankenhaus, 50. Jg.,
Stuttgart und Köln 1958

Auerbach, Walter:

Krankenhauspolitik und Krankenhausbedarfsplanung,
in: Soziale Sicherheit, 17. Jg.,
Köln 1968

Derselbe:

Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser,
in: Das Krankenhaus, 56. Jg.,
Stuttgart und Köln 1964

Bremermann, Walter und Theilen, Hans-Bernhard:

Auf dem Wege zum Krankenhaus-Informationssystem (KIS),
in: IIM-Nachrichten, 18. Jg., Heft 190,
Sindelfingen bei Stuttgart 1968

Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.):

Die Arbeitsmarktsituation in den Krankenpflegeberufen,
Beilage zu den wöchentlichen Nachrichten der Bundesanstalt
für Arbeit, Heft Nr. 6/71, 18. Jg.,
München 1971

Clade, Harald:

Das Klassenlose Krankenhaus. Probleme, Modelle, Alternativen,
in: Beiträge des Deutschen Industrieinstituts, 9. Jg.,
Heft 4,
Köln 1971

Derselbe:

Reformvorschläge zur Krankenhausfinanzierung,
in: Berichte des Deutschen Industrieinstituts zur
Sozialpolitik, 3. Jg., Nr. 15,
Köln 1969

Deckner, Rüdiger:

Zur wirtschaftlichen Sicherung der deutschen Krankenhäuser,
in: Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, 16. Jg.,
Menne/Berlin 1964

Dehningcr, Dieter:

Krankenhausstatistik 1967,
in: Sonderdruck aus "Bundesgesundheitsblatt", 12. Jg.,
Nr. 24,
Berlin, Heidelberg, New York 1968

Eckert, G. Th.::

Integration der medizinischen, pflegerischen, versorgungs- und verwaltungstechnischen Informationsbereiche,
in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg.,
Karlsruhe 1970

Eichhorn, Siegfried:

Information, Kommunikation und Datenverarbeitung im Krankenhaus,
in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg.,
Karlsruhe 1970

Derselbe:

Kostenanalyse im Krankenhaus,
in: Zeitschrift für handelswissenschaftliche Forschung,
n. F., 9. Jg.,
Köln und Opladen 1957

Derselbe:

Preisbildung im Krankenhaus,
in: Archiv für öffentliche und freigemeinwirtschaft-
liche Unternehmen, Bd. 4,
Göttingen 1958

Derselbe:

Das Zielsystem des Krankenhauses,
in: Aus der Arbeit des Deutschen Krankenhausinstituts,
Berichte in zwangloser Reihenfolge - Nr. 41,
Düsseldorf 1970

Derselbe:

Was kostet die Vorhaltung von Krankenhäusern?
in: Beiträge zur Krankenhausforschung und -praxis, Schrif-
ten des Deutschen Krankenhausinstituts e.V., Bd. 5,
Stuttgart 1960

Eichhorn, Siegfried und Sahl, Richard Joachim:

Kennzahlen für Bauplanung und Bauwirtschaftsprüfung
von Krankenhäusern,
in: Das Krankenhaus, 49. Jg.,
Stuttgart und Köln 1957

Elsholz, Günther:

Cost-Benefit Analysis - Kriterien der Wirtschaftlich-
keit öffentlicher Investitionen,
in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschafts-
politik, 12. Jahr,
Tübingen 1967

Elsholz, Konrad:

Die Krankenhausversorgung - ein gesundheitspolitischer
Notstand,
in: Arbeit und Sozialpolitik, 23. Jg.,
Baden-Baden 1969

Derselbe:

Politisierte Krankenhausversorgung,
in: Arbeit und Sozialpolitik, 24. Jg.,
Baden-Baden 1970

Erhard, Ludwig:

Festvortrag auf dem zweiten Deutschen Krankenhaustag
vom 18. bis 22. Mai 1960 in Stuttgart,
abgedruckt in: Das Krankenhaus, 52. Jg.,
Stuttgart und Köln 1960

Fehler, Joachim:

Elektronische Datenverarbeitung, Realität oder Wunsch-
traum für das Krankenhaus?

in: Das Krankenhaus, 63. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1971

Friedrich, Gottfried:

Gegenwärtiger Stand und mögliche Konsequenzen des Kran-
kenhausfinanzierungsgesetzes,

in: Der Krankenhausarzt, 44. Jg.,
Karlsruhe 1971

Fritsch, Bruno:

Private und volkswirtschaftliche Kosten,
in: Probleme der normativen Ökonomik und wirtschafts-
politischen Beratung, Schriften des Vereins für
Socialpolitik, N. F., Bd. 29,
Berlin 1963

Fritz, K.:

Kann die Verweildauer in den deutschen Krankenhäusern
verkürzt werden?

in: Das Krankenhaus, 62. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970

Fuß, Fritz:

Ein Vorschlag zur Lösung der Fragen der Finanzierung
der Krankenhäuser, Festsetzung kostendeckender Pflege-
sätze und Änderung der Bundespflegesatz-Verordnung,
in: Krankenhaus-Umschau, 38. Jg.,
Kulmbach 1969

Gäfen, Gérard:

Allgemeine Wirtschaftspolitik,
in: Kompendium der Volkswirtschaftslehre, Bd. 2,
Göttingen 1963

Gehrt, Maria:

Kosten und gegenwärtige Deckung,
in: Krankenhaus-Sorgen, Neue Schriften des Deutschen
Städtetages, Heft 11,
Köln 1963

Dieselbe:

Das Krankenhaus in unserer Wirtschaftsordnung,
in: Zentrallehrgang 1963,
Kulmbach 1963

Dieselbe:

Neuordnung des Krankenhauswesens und das System der
Krankenhausfinanzierung,
in: Krankenhaus-Umschau, 39. Jg.,
Kulmbach 1970

Grohmann, Herbert:

Leasing - Möglichkeiten und Grenzen bei der Finanzierung von Krankenhauseinrichtungen,
in: Krankenhaus-Umschau, 39. Jg.,
Kulmbach 1970

Günther, Sven:

Einweisungsquote und Verweildauer der Sozialversicherten in der Bundesrepublik Deutschland,
in: Bundesarbeitsblatt, 16. Jg.,
Stuttgart und Köln 1965

Günther-Kühne, H.:

Sozialversicherung und Krankenhaus,
in: Das Krankenhaus, 46. Jg.,
Stuttgart und Köln 1954

Habeck, Dietrich:

Krankenhausinformationssysteme und elektronische Datenverarbeitung,
in: Das Krankenhaus, 62. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970

Hax, Karl:

Die öffentliche Unternehmung in der Marktwirtschaft,
in: Finanzarchiv, N. F., Bd. 27,
Tübingen 1968

Heim, Wilhelm:

Größe und Form neuer Krankenhausbauten - Hoch- und Flachbauten in ärztlicher Sicht,
in: Das Krankenhaus, 45. Jg.,
Stuttgart und Köln 1953

Hensel, Walther:

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser,
in: Das Krankenhaus, 56. Jg.,
Stuttgart und Köln 1964

Herder-Dorneich, Philipp:

Freiberuflichkeit auch für Krankenhausärzte,
in: Der Arzt in Krankenhaus und Gesundheitswesen, 22. Jg.,
Stuttgart 1969

Jecht, Horst:

Öffentliche Finanzwirtschaft (III),
in: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, Bd. 3,
Stuttgart, Tübingen, Göttingen 1961

Jeute, Karl:

Neues vom Krankenhausfinanzierungsgesetz,
in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg.,
Karlsruhe 1970

Derselbe:

Gesundheitspolitische Tendenzen in den siebziger Jahren,
in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg.,
Karlsruhe 1970

Jürgensen, Harald:

Private und soziale Kosten,
in: Probleme der normativen Ökonomik und wirtschafts-
politischen Beratung, Schriften des Vereins für
Socialpolitik, N. F., Bd. 29,
Berlin 1963

Kanzow, Ulrich:

Die Personalsituation im Krankenhaus,
in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg.,
Karlsruhe 1970

Kastner, Fritz und Liebold, Rolf:

Der zweigeteilte Pflegesatz - Zu den Vorschlägen der
Bundeseverbände der Krankenkassen zur Neugestaltung der
Krankenhausfinanzierung,
in: Die Ortskrankenkasse, 42. Jg.,
Bonn-Bad Godesberg 1960

Keldenich, Klaus:

Krankenhauskosten und medizinisch-technischer Fort-
schritt,
in: Berichte des Deutschen Industrieinstituts zur So-
zialpolitik, 4. Jg., Nr. 4,
Köln 1970

König, René:

Strukturwandlung unserer Gesellschaft und einige Aus-
wirkungen auf die Krankenversicherung,
in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsy-
chologie, Sonderheft 3,
Köln und Opladen 1958

Kottenhoff, E.:

Ergebnis einer Erhebung über den Einsatz der elektro-
nischen Datenverarbeitung in den Krankenhäusern,
in: Das Krankenhaus, 62. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970

Lebherz, Hermann:

Das Problem der Krankenhausfinanzierung - gesellschafts-
politisch betrachtet,
in: Die Sozialversicherung, 19. Jg.,
Heidelberg 1964

Liebold, Rolf:

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und
ihre Ursachen aus der Sicht der Krankenkassen,
in: Die Ortskrankenkasse, 46. Jg.,
Bad Godesberg 1964

Liefmann-Keil, Elisabeth:

Über die volkswirtschaftliche Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit,
in: Bundesgesundheitsblatt, 7. Jg.,
Berlin 1964

Lorenser, Hans:

Die Bedeutung der fixen Kosten im Krankenhausbetrieb,
in: Das Krankenhaus, 42. Jg.,
Stuttgart und Köln 1950

Molander, H.:

Betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte bei der Krankenhausplanung,
in: Das Krankenhaus, 45. Jg.,
Stuttgart und Köln 1953

Molitor, Bruno:

Über die Rationalität in der Sozialpolitik,
in: Die Ortskrankenkasse, 50. Jg.,
Bonn-Bad Godesberg 1968

Montaner, Antonio:

Bedürfnis,
in: Handwörterbuch der Betriebswirtschaft, 3., völlig neu bearb. Aufl., Bd. I,
Stuttgart 1956

Müller, Franz und Rüthner, Bernhard:

Krankenhaus,
in: Staatslexikon, Bd. 5, 6., völlig neu bearb. und erw. Aufl.,
Freiburg 1960

Müller, Hubertus:

Der zukünftige Bedarf an Krankenhausbetten und seine Kosten,
in: Das Krankenhaus, 62. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1970

Nitschmann, Leo:

Kann man Gesundheit planen?
in: Das Krankenhaus, 58. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966

Noelle-Neumann, Elisabeth:

Das Image der deutschen Krankenhäuser,
in: 53. Jahrestagung der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V.,
Kulmbach 1970

O. V.:

Soziales Ungleichgewicht,
in: Kleiner Wirtschaftsspiegel. Eine Informationsschrift der Sparkassen, Nr. 5,
Stuttgart 1971

Oettle, Karl:

Über den Charakter öffentlich-wirtschaftlicher Zielsetzungen,
in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung,
18. Jg.,
Köln und Opladen 1966

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.):
Schrittweise Neuordnung der Krankenhausfinanzierung,
in: Bulletin des Presse- und Informationsamtes der
Bundesregierung, Nr. 107,
Bonn, den 21. August 1969

Pressestelle beim Bundesvorstand der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (Hrsg.):
DAG - Pressedienst Nr. 78/69,
Hamburg, den 31. 7. 1969

Dieselbe:

DAG - Pressedienst Nr. 80/69,
Hamburg, den 6. 8. 1969

Prest, Alan R. und Turvey, Ralph:

Nutzen-Kosten-Analyse: Ein Überblick,
in: Nutzen-Kosten-Analyse und Programmbudget, hrsg.
von Recktenwald, Horst Claus,
Tübingen 1970

Reder, Melvin W.:

Some Problems in the Economics of Hospitals,
in: The American Economic Review, Papers and Proceedings,
Vol. LV, No. 2,
San Francisco 1965

Richter, Gerhard:

Muß ein Krankenhaus mit Defizit arbeiten?
in: Das Krankenhaus, 61. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1969

Riege, Fritz:

Überlegungen zur Planung eines Krankenhauses der Grundversorgung,
in: Die Sozialversicherung, 21. Jg.,
Heidelberg 1966

Rörig, Reinhold:

Grundsätze der Betriebsführung in der Krankenpflege aus der Sicht der Verwaltung,
in: Krankenhaus-Umschau, 40. Jg.,
Kulmbach 1971

Rosenthal, Gerald D.:

The Demand for General Hospital Facilities, Hospital Monograph Series, No. 14, American Hospital Association, Chicago 1964

Rüsing, Herbert-Michael:

Managementsysteme für den Staat,
in: Wirtschaftswoche - Der Volkswirt, 25. Jg., Nr. 17,
Frankfurt, den 23. April 1971

Schilling, E.:

Projektierung von Krankenhausneubauten,
in: Das Krankenhaus, 43. Jg.,
Stuttgart und Köln 1951

Schlauss, Hans-Joachim:

Die Finanzierung von Krankenhausleistungen,
in: Beiträge des Deutschen Industrieinstituts, 7. Jg.,
Heft 6/7,
Köln 1969

Scholer, Hans:

Zur Wertung des Trends in der Krankenhausmedizin aus
der Sicht eines Vorstandsmitgliedes der Europäischen
Vereinigung leitender Krankenhausärzte,
in: Der Krankenhausarzt, 44. Jg.,
Karlsruhe 1971

Schreiber, Wilfrid:

Die gesetzliche Krankenversicherung in der freiheit-
lichen Gesellschaft,
in: Gesetzliche Krankenversicherung in einer freiheit-
lichen Gesellschaft, Analysen und Probleme,
Berlin 1963

Derselbe:

Der "Markt" der Krankenhausleistungen,
in: Das Krankenhaus, 55. Jg.,
Stuttgart und Köln 1963

Schultz, Theodore W.:

Investment in Human Capital,
in: The American Economic Review, Vol. LI, No. 1,
San Francisco 1961

Simon, Gerhard:

Der sozialpolitische Nulltarif,
in: Sozialer Fortschritt, 19. Jg.,
Berlin und München 1970

Souder, Clark, Elkind, Brown:

Planning for Hospitals. A System Approach Using Computer-
Aided Techniques,
Chicago 1964,
zitiert bei Keller, Siegbert: Datenverarbeitung als
Hilfsmittel der Krankenhausplanung,
in: DKI-Archiv, Krankenhausforschung - Krankenhaus-
praxis, Beilage zu Das Krankenhaus, 58. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966

Statistisches Bundesamt (Hrsg.):

Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen 1966,
Stuttgart und Mainz o. J.

Dasselbe:

Wirtschaft und Statistik, Gesundheitswesen 1969,
Stuttgart und Mainz 1971

Stempell, Heiner:

Die Zukunft des Krankenhauses,
in: Soziale Sicherheit, 13. Jg.,
Köln-Deutz 1964

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. - Verband
der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (Hrsg.):

Ersatzkassen für Abschaffung der Krankenscheinprämie,
in: Nachrichten und Informationen der Ersatzkassen-
verbände, Nr. 18,
Hamburg, den 30. September 1971

Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

Empfehlungen für die stationäre Behandlung von Akut-,
Langzeit- und Chronischkranken,
in: Das Krankenhaus, 57. Jg.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1965

Wachsmuth, Wilhelm:

Mehr Ökonomie im Gesundheitswesen,
in: Der Volkswirt, 22. Jg., Nr. 28,
Frankfurt 1968

Walterspiel, Georg:

Gemeinsame Besonderheiten investitions-intensiver und
kundenpräsenz-bedingter Dienstleistungsbetriebe,
in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung,
18. Jg.,
Köln und Opladen 1966

Weisser, Gerhard:

Der Sinn wirtschaftlichen Handelns im Krankenhaus,
in: Beiträge zur Krankenhausforschung und -praxis,
Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts e.V.,
Bd. 5,
Stuttgart 1960

Wiklund, P. E.:

Entwicklung der Kosten im schwedischen Gesundheitswesen,
in: Der Krankenhausarzt, 43. Jg.,
Karlsruhe 1970

Winkler, Manfred:

Der Begriff des Krankenhauses in der Rechtsordnung,
in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öf-
fentliche und private Fürsorge, 49. Jg.,
Frankfurt/Main 1969

Zöllner, Detlev:

Die Ökonomie der Versorgung mit Gesundheitsleistungen,
in: Schmollers Jahrbuch für Wirtschafts- und Sozial-
wissenschaften, 1. Halbband, 85. Jg.,
Berlin 1965

Zweig, Gerhard:

Die Finanzierung der Sozialleistungen,
in: Sozialer Fortschritt, 18. Jg.,
Berlin und München 1969

4. Zeitschriften

The American Economic Review

Arbeit und Sozialpolitik

Archiv für öffentliche und freigemeinwirtschaftliche
Unternehmen

Der Arzt in Krankenhaus und Gesundheitswesen, ehemals:
Der angestellte Arzt

Arzt und Wirtschaft

Beiträge des Deutschen Industrieinstituts

Berichte des Deutschen Industrieinstituts zur Sozial-
politik

Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis

Bevölkerung und Kultur

Bundesarbeitsblatt

Bundesgesundheitsblatt.

Deutsches Arzteblatt

Die Ersatzkasse

Das fortschrittliche Krankenhaus

IBM - Nachrichten

Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie

Das Krankenhaus

Der Krankenhausarzt

Krankenhaus-Umschau

Die Krankenversicherung

Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche
und private Fürsorge

Das öffentliche Gesundheitswesen

Die öffentliche Verwaltung

Die Ortskrankenkasse

Soziale Sicherheit

Sozialer Fortschritt

Die Sozialversicherung

Wirtschaft und Statistik

Wirtschaftswoche, ehemals:
Der Volkswirt

World Hospitals

Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, ehemals:
Zeitschrift für handelswissenschaftliche Forschung

5. Bundestagsdrucksachen und Sitzungsberichte

Bundestagsdrucksache IV/816:

Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der
gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-
Neuordnungsgesetz),
Bonn, den 7. Dezember 1962

Bundestagsdrucksache V/3008:

Schriftliche Antwort der Bundesregierung zu der großen
Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik,
Bonn, den 12. Juli 1968

Bundestagsdrucksache V/4230:

Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten,
Bonn, den 19. Mai 1969

Bundestagsdrucksache V/4311:

Finanzielle Situation der Krankenhäuser,
Bonn, den 3. Juni 1969

Bundestagsdrucksache VI/643:

Sozialbericht 1970,
Bonn, den 20. April 1970

Bundestagsdrucksache VI/1141:

Krankenhausfinanzierung,
Bonn, den 11. September 1970

Bundestagsdrucksache VI/1594:

Antrag der Fraktion der CDU/CSU betr. Ausbau und Sicherung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser,
Bonn, den 14. Dezember 1970

Bundestagsdrucksache VI/1667:

Gesundheitsbericht,
Bonn, den 18. Dezember 1970

Bundestagsdrucksache VI/1874:

Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze -KHG-,
Bonn, den 25. Februar 1971

Bundestagsdrucksache VI/2155:

Sozialbericht 1971,
Bonn, den 12. Mai 1971

Bundestagsdrucksache VI/2651:

Finanzplan des Bundes 1971 bis 1975,
Bonn, den 8. Oktober 1971

Stenographischer Bericht der 108. Sitzung des Deutschen Bundestages,

Bonn, den 12. März 1971

Stenographischer Bericht der 143. Sitzung des Deutschen Bundestages,

Bonn, den 19. Oktober 1971

Stenographischer Bericht über die öffentliche Informationssitzung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, Protokoll Nr. 40,

Bonn, den 3. Mai 1971

6. Gesetze, Verordnungen, Urteile und Kommentare

Übergangsgesetz über Preisbildung und Preisüberwachung (Preisgesetz) vom 10. April 1948 (WiGBL. S. 27) in der Fassung vom 7. Januar 1952 (BGBl. S. 7)

Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (BGBl. I S. 700)

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz) vom 18. Juli 1961 (BGBl. I S. 1012), geändert durch Gesetz 23. Januar 1963 (BGBl. I S. 57)

Zweiundzwanzigstes Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12. Mai 1969 (BGBl. I S. 363)

Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung vom 27. Juli 1969 (BGBl. I S. 946)

Gesetz über die Grundsätze des Haushaltsrechts des Bundes und der Länder (Haushaltsgrundsätzegesetz - HGrG) vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1273)

Gesetz über die Gemeinschaftsaufgabe "Ausbau und Neubau von wissenschaftlichen Hochschulen" (Hochschulbauförderungsgesetz) vom 1. September 1969 (BGBl. I S. 1556), geändert durch Gesetz vom 3. September 1970 (BGBl. I. S. 1301)

Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954, Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954

Runderlaß betreffend Durchführung der Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954, Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954

Verordnung NW PR Nr. 1/69 über Krankenhauspflegesätze (Landespflegesatzverordnung - LPVO) vom 4. Februar 1969 (GV NW S. 134)

Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 22. Februar 1963 - VII C 2/62 -,
in: Die öffentliche Verwaltung, 16. Jg.,
Stuttgart 1963

Gehrt, Maria und Schöne, Heinz:
Bundespfllegesatz-Verordnung, Kommentar, 2., überarb. Aufl.,
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966

Gewerbeordnung:
Textausgabe mit Anmerkungen und Sachverzeichnis, 38. Aufl.,
München 1970

Grapengeter, Andrew u.a. (Hrsg.):
Gesundheitsrecht. Sammlung von Gesetzen, Verordnungen und anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften des Bundes (Reiches) und der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg 1971

Reichsversicherungs-Ordnung:
bearb. von Klöpfer, Karl, 44. Aufl.,
Stuttgart 1963

Lebenslauf

Am 8. August 1945 wurde ich, Joachim Baumgarten, in Aichach/Obb. geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule Bonn-Lengsdorf besuchte ich das mathematisch-naturwissenschaftliche Ernst Moritz Arndt-Gymnasium in Bonn, wo ich nach 9 Jahren das Abitur ablegte.

Vom SS 1965 an studierte ich an den Universitäten Bonn und Köln Rechts- und Staatswissenschaften. Nach Abschluß der vorverlegten Rechtsprüfung Ende WS 1966/67 in Bonn studierte ich in Mainz Rechts- und Wirtschaftswissenschaften. Dort legte ich im November 1969 die Prüfung für Diplom-Volkswirte ab. Nach dem Studium von drei weiteren Semestern Wirtschaftspädagogik an den Universitäten Bonn, Köln und Mainz bestand ich im Mai 1971 an der Universität Mainz auch die Prüfung für Diplom-Handelslehrer.

Von November 1970 an arbeitete ich mit Unterbrechungen in den Universitätskliniken Mainz zur Erledigung betriebswirtschaftlicher Sonderaufgaben. Seit 1. April 1972 bin ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter mit der Erstellung eines Rationalisierungsprogramms für die Universitätskliniken befaßt.

Am 14. Juli 1972 habe ich die mündliche Doktorprüfung abgelegt.

Mainz im Juli 1972

Joachim Baumgarten

... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

